




3 1761 11701572 7



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761117015727>

CA1
YC26
-557



First Session
Thirty-ninth Parliament, 2006-07

Première session de la
trente-neuvième législature, 2006-2007

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Standing Senate Committee on
Social Affairs, Science and Technology*

*Comité sénatorial permanent des
Affaires sociales, des sciences et de la technologie*

Proceedings of the Subcommittee on

Délibérations du Sous-comité sur la

Population Health

Santé des populations

Chair:

Président :

The Honourable WILBERT J. KEON

L'honorable WILBERT J. KEON

Wednesday, February 21, 2007
Thursday, February 22, 2007
Wednesday, February 28, 2007

Le mercredi 21 février 2007
Le jeudi 22 février 2007
Le mercredi 28 février 2007

Issue No. 1

Fascicule n° 1

Organization meeting

Réunion d'organisation

and

et

First and second meetings on:

Première et deuxième réunions concernant :

The impact of the multiple factors and conditions that
contribute to the health of Canada's populations—
known collectively as the social determinants of health

Les divers facteurs et situations qui contribuent
à la santé de la population canadienne,
appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé

NOTE:

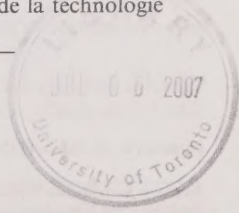
NOTA :

For the report to the Senate on the Budget 2007-08
of the Subcommittee on Population Health
refer to Issue No. 19 of the Standing Senate Committee
on Social Affairs, Science and Technology

Pour le rapport au Sénat sur le budget 2007-2008
du sous-comité sur la santé des populations,
voir le fascicule n° 19 du Comité sénatorial permanent des
affaires sociales, des sciences et de la technologie

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)



THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck
Cook

Cochrane
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

Change in membership of the committee:

Pursuant to the rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Munson was substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*February 21, 2007*).

The name of the Honourable Senator Trenholme Counsell was substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn, P.C. (*February 21, 2007*).

The name of the Honourable Senator Eggleton, P.C. was substituted for that of the Honourable Senator Cook (*February 21, 2007*).

The name of the Honourable Senator Fairbairn, P.C. was substituted for that of the Honourable Senator Trenholme Counsell (*February 22, 2007*).

The name of the Honourable Senator Cook was substituted for that of the Honourable Senator Eggleton, P.C. (*February 22, 2007*).

The name of the Honourable Senator Eggleton, P.C. was substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn, P.C. (*February 22, 2007*).

The name of the Honourable Senator Callbeck was substituted for that of the Honourable Senator Munson (*February 22, 2007*).

The name of the Honourable Senator Fairbairn, P.C. was substituted for that of the Honourable Senator Eggleton, P.C. (*February 22, 2007*).

LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-présidente : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Callbeck
Cook

Cochrane
Fairbairn, C.P.

(Quorum 3)

Modifications de la composition du comité :

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

Le nom de l'honorable sénateur Munson est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 21 février 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Trenholme Counsell est substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn, C.P. (*le 21 février 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Eggleton, C.P. est substitué à celui de l'honorable sénateur Cook (*le 21 février 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn, C.P. est substitué à celui de l'honorable sénateur Trenholme Counsell (*le 22 février 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Cook est substitué à celui de l'honorable sénateur Eggleton, C.P. (*le 22 février 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Eggleton, C.P. est substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn, C.P. (*le 22 février 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Munson (*le 22 février 2007*).

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn, C.P. est substitué à celui de l'honorable sénateur Eggleton, C.P. (*le 22 février 2007*).

ORDER OF REFERENCE

Extract form the *Journals of the Senate* of Tuesday, November 28, 2006:

The Honourable Senator Keon moved, seconded by the Honourable Senator Segal:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health — including the effects of these determinants on the disparities and inequities in health outcomes that continue to be experienced by identifiable groups or categories of people within the Canadian population;

That the Committee examine government policies, programs and practices that regulate or influence the impact of the social determinants of health on health outcomes across the different segments of the Canadian population, and that the Committee investigate ways in which governments could better coordinate their activities in order to improve these health outcomes, whether these activities involve the different levels of government or various departments and agencies within a single level of government;

That the Committee be authorized to study international examples of population health initiatives undertaken either by individual countries, or by multilateral international bodies such as (but not limited to) the World Health Organization; and

That the Committee submit its final report to the Senate no later than June 30, 2009 and that the Committee retain all powers necessary to publicize its findings until December 31, 2009.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

Extract of the *Minutes of Proceedings* of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology of Wednesday, February 21, 2007:

It was moved by the Honourable Senator Keon:

That a subcommittee on Population Health be established;

That the subcommittee consist of six (6) members, three (3) of whom shall constitute a quorum;

That the initial membership of the subcommittee be as follows: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon and Pépin;

ORDRES DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 28 novembre 2006 :

L'honorable sénateur Keon propose, appuyé par l'honorable sénateur Segal :

Que le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, entres autres les effets de ces déterminants sur les disparités et les inégalités sur le plan des résultats en santé auxquels sont exposés des groupes identifiables ou des catégories de personnes au Canada;

Que le Comité examine les politiques, les programmes et les pratiques du gouvernement qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé et les résultats en santé dans les différents segments de la population canadienne, et qu'il s'informe des moyens que les gouvernements pourraient prendre pour mieux concerter leurs activités en vue d'améliorer les résultats en santé, que ces activités mettent à contribution les différents ordres de gouvernement ou divers ministères et services au sein d'un seul ordre de gouvernement;

Que le Comité soit autorisé à étudier des exemples internationaux d'initiatives en matière de santé de la population prises par des pays en particulier ou par des organismes internationaux multilatéraux tels l'Organisation mondiale de la santé, sans toutefois s'y limiter;

Que le Comité présente son rapport final au Sénat au plus tard le 30 juin 2009, et qu'il converse jusqu'au 31 décembre 2009 tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions.

Après débat,

La motion mise aux voix, est adoptée.

Extrait du *Procès-verbal* de la réunion du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie du mercredi 21 février 2007 :

L'honorable sénateur Keon propose :

Qu'un Sous-comité sur la santé des populations soit formé;

Que le sous-comité soit composé de six (6) membres, dont trois (3) constitueront le quorum;

Que le sous-comité soit composé des membres suivants : les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin;

That the subcommittee be authorized to send for persons, papers and records, whenever required, and to print from day to day such papers and evidence as may be ordered by it;

That, pursuant to section 32 of the Financial Administration Act, the committee's authority to commit funds be conferred on the subcommittee;

That, pursuant to section 34 of the Financial Administration Act and Guideline 3:05 of Appendix II of the *Rules of the Senate*, the committee's authority for certifying accounts payable be conferred on the subcommittee;

That the committee's power to permit coverage by electronic media of meeting be conferred on the subcommittee; and

That the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 28, 2006 regarding the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population- known collectively as the social determinants of health, be referred to the subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

Que le sous-comité soit autorisé à convoquer des témoins, à faire produire des documents et des dossiers, et à faire imprimer au jour le jour les documents et témoignages qu'il juge à propos;

Que, conformément à l'article 32 de la Loi sur la gestion des finances publiques, l'autorisation d'engager les fonds du comité soit conférée au sous-comité; et

Que, conformément à l'article 34 de la Loi sur la gestion des finances publiques et à la directive 3:05 de l'annexe II du *Règlement du Sénat*, l'autorisation d'approuver les comptes à payer au nom du comité soit conférée au sous-comité;

Que le pouvoir du comité d'autoriser la diffusion des délibérations publiques par les médias d'information électronique soit conféré au sous-comité; et

Que l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 28 novembre 2006 au sujet des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, soit référé au sous-comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, February 21, 2007

(1)

[English]

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 4:55 p.m., this day, in room 705, of the Victoria Building, for the purpose of holding its organization meeting, pursuant to rule 88.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Cochrane, Eggleton, P.C., Keon, Munson, Pépin and Trenholme Counsell (6).

Other senator present: The Honourable Senator Cook (1).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Science and Technology Division; Odette Madore, Research Analyst, Economics Division

Also present: The official reporters of the Senate.

The subcommittee proceeded to organize, pursuant to rule 88.

The clerk of the subcommittee presided over the election of the chair.

It was moved by the Honourable Senator Cochrane that the Honourable Senator Keon be chair of this subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Keon took the chair.

It was moved by the Honourable Senator Cochrane that the Honourable Senator Pépin be deputy chair of this subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was moved by the Honourable Senator Cochrane that the Chair and Deputy Chair be empowered to make decisions on behalf of the subcommittee with respect to its agenda, to invite witnesses, and to schedule hearings.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was moved by the Honourable Senator Pépin that the subcommittee print its proceedings; and

That the Chair be authorized to set the number to meet demand.

It was agreed that, pursuant to rule 89, the Chair be authorized to hold meetings, to receive and authorize the printing of evidence when a quorum is not present, provided that a member of the subcommittee from both the government and the opposition be present.

It was agreed, that the subcommittee ask the Library of Parliament to assign research staff to the subcommittee;

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 21 février 2007

(1)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 55, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, pour tenir sa séance d'organisation, conformément à l'article 88 du Règlement.

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Eggleton, C.P., Keon, Munson, Pépin et Trenholme Counsell (6).

Autre sénateur présente : L'honorable sénateur Cook (1).

Également présents : De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste, Division des sciences et de la technologie; et Odette Madore, analyste, Division de l'économie.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Le sous-comité procède à l'organisation de ses travaux, conformément à l'article 88 du Règlement.

La greffière du sous-comité préside à l'élection à la présidence.

Il est proposé par l'honorable sénateur Cochrane que l'honorable sénateur Keon soit élu président du sous-comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Keon occupe le fauteuil.

Il est proposé par l'honorable sénateur Cochrane que l'honorable sénateur Pépin soit élue vice-présidente du sous-comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé par l'honorable sénateur Cochrane que le président et la vice-présidente soient autorisés à prendre des décisions au nom du sous-comité relativement au programme, à inviter les témoins et à établir l'horaire des audiences.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé par l'honorable sénateur Pépin que le sous-comité fasse imprimer ses délibérations; et

Que le président soit autorisé à déterminer le nombre d'exemplaires à imprimer pour répondre à la demande.

Il est convenu que, conformément à l'article 89 du Règlement, le président soit autorisé à tenir des réunions pour entendre des témoignages et à en permettre la publication en l'absence de quorum, pourvu qu'un représentant du gouvernement et un représentant de l'opposition soient présents.

Il est convenu que le sous-comité demande à la Bibliothèque du Parlement d'affecter des attachés de recherche au sous-comité;

It was agreed, that the subcommittee be authorized to retain services of such experts as may be required by the work of the subcommittee; and

That the Chair, on behalf of the subcommittee, direct the research staff in the preparation of studies, analyses, summaries, and draft reports.

It was moved by the Honourable Senator Keon, that pursuant to section 32 of the Financial Administration Act, authority to commit funds be conferred individually on the Chair, the Deputy Chair, and the Clerk of the subcommittee; and

That, pursuant to section 34 of the Financial Administration Act, and Guideline 3:05 of Appendix II of the *Rules of the Senate*, authority for certifying accounts payable by the subcommittee be conferred individually on the Chair, the Deputy Chair, and the Clerk of the subcommittee.

It was moved by the Honourable Senator Pépin, that the subcommittee empower the Chair and Deputy Chair, as required, one or more members of the subcommittee and/or such staff as may be necessary to travel on assignment on behalf of the subcommittee.

It was moved by the Honourable Senator Munson, that the Chair and Deputy Chair be authorized to:

(1) determine whether any member of the subcommittee is on "official business" for the purposes of paragraph 8(3)(a) of the Senators Attendance Policy, published in the *Journals of the Senate* on Wednesday, June 3, 1998; and

(2) consider any member of the subcommittee to be on "official business" if that member is: (a) attending a function, event or meeting related to the work of the subcommittee; or (b) making a presentation related to the work of the subcommittee.

It was moved by the Honourable Senator Cochrane, that, pursuant to the Senate guidelines for witness expenses, the subcommittee may reimburse reasonable travelling and living expenses for one witness from any one organization and payment will take place upon application, but that the Chair be authorized to approve expenses for a second witness should there be exceptional circumstances.

At 4:59 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, February 22, 2007

(2)

[English]

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee of Social Affairs, Science and Technology met at 10:46 a.m. this day, in room 9 of the Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon presiding.

Il est convenu que le sous-comité soit autorisé à faire appel aux services des experts-conseils dont il peut avoir besoin dans le cadre de ses travaux; et

Que le président, au nom du sous-comité, dirige le personnel de recherche dans la préparation d'études, d'analyses, de résumés et de projets de rapports.

Il est proposé par l'honorable sénateur Keon que, conformément à l'article 32 de la Loi sur la gestion des finances publiques, l'autorisation d'engager des fonds soit conférée individuellement au président, à la vice-présidente et à la greffière du sous-comité; et

Que, conformément à l'article 34 de la Loi sur la gestion des finances publiques et à la directive 3:05 de l'annexe II du *Règlement du Sénat*, l'autorisation d'approuver les comptes créditeurs au nom du sous-comité soit conférée individuellement au président, à la vice-présidente et à la greffière du sous-comité.

Il est proposé par l'honorable sénateur Pépin, que le sous-comité autorise le président et la vice-présidente, au besoin, et un ou plusieurs membres du sous-comité, de même que le personnel nécessaire, à se déplacer au nom du sous-comité.

Il est proposé par l'honorable sénateur Munson que le président et la vice-présidente soient autorisés à :

1) déterminer si un membre du sous-comité remplit un « engagement public » au sens de l'alinéa 8(3)a) de la politique relative à la présence des sénateurs, publiée dans les *Journaux du Sénat* du mercredi 3 juin 1998; et

2) considérer qu'un membre du sous-comité remplit un « engagement public » si ce membre : a) assiste à une réception, à une activité ou à une réunion se rapportant aux travaux du comité; ou b) fait un exposé ayant trait aux travaux du comité.

Il est proposé par l'honorable sénateur Cochrane que, conformément aux lignes directrices concernant les frais de déplacement des témoins, le sous-comité rembourse les dépenses raisonnables de voyage et d'hébergement à un témoin par organisme, après qu'une demande de remboursement a été présentée, mais que le président soit autorisé à permettre le remboursement de dépenses à un deuxième témoin de ce même organisme en cas de circonstances exceptionnelles.

À 16 h 59, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 22 février 2007

(2)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 46, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (président).

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Eggleton, P.C., Keon, Pêpin and Trenholme Counsell (4).

Other senators present: The Honourable Senators Nancy Ruth and Munson (2).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Tim Riordan Raaflaub, Research Analyst, Political and Social Affairs Division, Howard Chodos, Research Analyst, Science and Technology Division; Odette Madore, Research Analyst, Economics Division

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 21, 2007, the committee began its study on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

WITNESSES:

World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health:

The Honourable Monique Bégin, Commissioner.

The Honourable Monique Bégin made a statement and answered questions.

At 12:16 p.m., pursuant to rule 92(2)(e) the subcommittee proceeded in camera for the purpose of examining a draft future agenda.

It was agreed that staff be permitted to stay in the room.

At 12:40 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, February 28, 2007
(3)

[English]

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 4:12 p.m. this day, in room 160-S, Centre Block, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, and Pêpin (5).

Other senators present: The Honourable Senators Eggleton, P.C. and Trenholme Counsell (2).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Science and Technology Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cook, Eggleton, C.P., Keon, Pêpin et Trenholme Counsell (4).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Nancy Ruth et Munson (2).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Tim Riordan Raaflaub, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des sciences et de la technologie; Odette Madore, analyste de la recherche, Division de l'économie.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 21 février 2007, le comité entreprend son étude des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

TÉMOINS :

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé :

L'honorable Monique Bégin, C.P., commissaire.

L'honorable Monique Bégin fait une déclaration puis répond aux questions.

À 12 h 16, conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement, le comité poursuit la séance à huis clos afin d'examiner une ébauche de programme pour ses futures réunions.

Il est convenu que le personnel soit autorisé à rester dans la salle.

À 12 h 40, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 28 février 2007
(3)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 12, dans la salle 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pêpin (5).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Eggleton, C.P., et Trenholme Counsell (2).

Également présent : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des sciences et de la technologie.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 21, 2007, the subcommittee began its study on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

WITNESSES:

Institute of Population Health:

Ronald Labonté, Canada Research Chair in Globalization and Health Equity.

School of Health Policy and Management, York University:

Dennis Raphael, Professor.

Provincial Health Services Authority, British-Columbia.:

Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control.

John Millar, Dennis Raphael and Ronald Labonté each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 6:02 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Subcommittee

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 21 février 2007, le comité entreprend son étude des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

TÉMOINS :

Institut de recherche sur la santé des populations :

Ronald Labonté, chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé.

School of Health Policy and Management, Université York :

Dennis Raphael, professeur.

Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique :

Dr John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies.

John Millar, Dennis Raphael et Ronald Labonté font chacun une déclaration puis, ensemble, répondent aux questions.

À 18 h 2, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, February 21, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:55 p.m. to organize the activities of the subcommittee.

[English]

Josée Thérien, Clerk of the Committee: Honourable senators, we will start with the Subcommittee on Population Health.

As clerk of your committee, it is my duty to preside over the election of the chair. I am ready to receive a motion to that effect.

Senator Cochrane: I move that Senator Keon be chair of the subcommittee.

Ms. Thérien: It was moved by the Honourable Senator Cochrane that the Honourable Senator Keon do take the chair of this committee. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

Ms. Thérien: I declare the motion carried. I invite the Honourable Senator Keon to take the chair.

Senator Wilbert J. Keon (Chairman) in the chair.

The Chairman: We now need a motion for election of a deputy chair.

Senator Cook: I nominate Senator Lucie Pépin.

The Chairman: It has been moved that the Honourable Senator Pépin be deputy chair of the Subcommittee on Population Health. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt this motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: We need a motion to approve that the Chair and Deputy Chair be empowered to make decisions on behalf of the subcommittee with respect to its agenda, to invite witnesses and to schedule hearings. May we have such a motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: We need a motion.

Senator Cochrane: I so move.

The Chairman: Senator Cochrane. All in favour of this motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: We need a motion that the subcommittee print its proceedings and that the Chair be authorized to set the number of meetings to meet demand.

Senator Pépin: I so move.

The Chairman: Thank you, Senator Pépin.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 21 février 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 55 pour organiser ses travaux.

[Traduction]

Josée Thérien, greffière du comité : Honorables sénateurs, nous commencerons la séance par les travaux du Sous-comité sur la santé des populations.

Il m'appartient en qualité de greffière du comité de présider à l'élection à la présidence. Je suis prête à recevoir une motion à cet effet.

Le sénateur Cochrane : Je propose que le sénateur Keon soit élu président du sous-comité.

Mme Thérien : Il est proposé par l'honorable sénateur Cochrane que l'honorable sénateur Keon assume la présidence du comité. Plaît-il au comité d'adopter la motion?

Des voix : D'accord.

Mme Thérien : Je déclare la motion adoptée. J'invite l'honorable sénateur Keon à occuper le fauteuil.

Le sénateur Wilbert J. Keon (président) occupe le fauteuil.

Le président : Nous devons maintenant recevoir une motion pour élire un vice-président.

Le sénateur Cook : Je propose la candidature du sénateur Lucie Pépin.

Le président : Il est proposé que l'honorable sénateur Pépin assure la vice-présidence du Sous-comité sur la santé des populations. Plaît-il au comité d'adopter la motion?

Des voix : D'accord.

Le président : Il nous faut une motion pour autoriser le président et la vice-présidente à prendre des décisions au nom du sous-comité relativement au programme, à inviter les témoins et à établir l'horaire des audiences. Plaît-il aux membres qu'une telle motion soit déposée?

Des voix : D'accord.

Le président : Une motion doit être proposée.

Le sénateur Cochrane : Je le propose.

Le président : Êtes-vous tous en faveur de la motion proposée par le sénateur Cochrane?

Des voix : D'accord.

Le président : Nous devons maintenant adopter une motion visant à autoriser le sous-comité à imprimer ses délibérations et le président à fixer le nombre de séances en fonction des besoins.

Le sénateur Pépin : Je le propose.

Le président : Merci, sénateur Pépin.

We need a motion that, pursuant to rule 89, the Chair be authorized to hold meetings and to receive and authorize the printing of the evidence when a quorum is not present, provided a member of the subcommittee from both the government and the opposition are present.

Senator Cook: I so move.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Would senators agree to motion 6, which is before them? We need a motion.

Senator Pépin: I so move.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Would senators agree to motion 7 that they have before them? We need a mover.

Senator Cook: I so move.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Would senators agree to motion 8? We need a mover.

Senator Pépin: So moved.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Would senators agree to motion 9? Senator Cook?

Senator Cook: I so move.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Would senators agree to motion 10? We need a mover. Senator Cochrane.

Senator Cochrane: I so move.

The Chairman: Before you we have a draft budget. For those of you who have questioned the budget, for this financial year the expenses of the witnesses will be paid for by the main committee so we do not have to budget for that. Our chairman has a budget, which he has agreed to share. Before you is a budget for \$3,700 for other expenses, for professional services, working meals and miscellaneous.

Senator Pépin: So moved.

Senator Cook: For clarification, Mr. Chairman, these monies come out of the current 2006-07 budget, which finishes March 31. Is that correct?

The Chairman: That is correct.

I believe that completes the business of our subcommittee, unless anyone has other business. We will adjourn now.

The subcommittee adjourned.

Nous devons adopter une motion qui, conformément à l'article 89 du Règlement, autorise le président à tenir des réunions pour entendre des témoignages et à en permettre la publication en l'absence de quorum, pourvu qu'un représentant du gouvernement et un représentant de l'opposition soient présents.

Le sénateur Cook : Je le propose.

Des voix : D'accord.

Le président : Êtes-vous tous en faveur de la motion n° 6? Nous devons adopter la motion.

Le sénateur Pépin : Je le propose.

Des voix : D'accord.

Le président : Êtes-vous tous en faveur de la motion n° 7? Nous avons besoin que quelqu'un propose la motion.

Le sénateur Cook : Je le propose.

Des voix : D'accord.

Le président : Êtes-vous tous en faveur de la motion n° 8? Nous avons besoin que quelqu'un propose la motion.

Le sénateur Pépin : Je le propose.

Des voix : D'accord.

Le président : Êtes-vous tous en faveur de la motion n° 9? Madame le sénateur Cook, voulez-vous la proposer?

Le sénateur Cook : Je le propose.

Des voix : D'accord.

Le président : Êtes-vous tous en faveur de la motion n° 10? Nous avons besoin que quelqu'un propose la motion. Madame le sénateur Cochrane, voulez-vous la proposer?

Le sénateur Cochrane : Je le propose.

Le président : Vous avez devant vous un budget préliminaire. Pour ceux et celles d'entre vous qui remettent en question le budget, le comité principal assumera les dépenses des témoins pour l'exercice en cours. Nous n'avons donc pas à prévoir des crédits pour cela. Notre président dispose d'un budget, qu'il a consenti de partager avec nous. Vous avez sous les yeux un budget de 3 700 \$ pour les autres dépenses liées aux services professionnels, aux repas de travail et aux frais divers.

Le sénateur Pépin : Je le propose.

Le sénateur Cook : Je crois comprendre, monsieur le président, que ces crédits proviennent du budget de 2006-2007 de l'exercice se terminant le 31 mars, n'est-ce pas?

Le président : C'est exact.

À moins que quelqu'un n'ait quelque chose à ajouter, nous pouvons interrompre les travaux du sous-comité.

La séance est levée.

OTTAWA, Thursday, February 22, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:46 a.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: There are a few senators still to come, but the time of our witness is extremely valuable. We want to get as much as we can in, so we will start now. We are deeply honoured to have the Honourable Monique Bégin here this morning, who is the Canadian Commissioner at World Health Organization. She has been involved in health for as long as I can remember, and has contributed so much to our country, including the Canada Health Act.

Ms. Bégin, please begin.

Hon. Monique Bégin, P.C., Commissioner, World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health: Thank you very much for your generous introduction, Mr. Chairman.

I was going to say "colleagues," but I have never reached the level of the Senate. Members of the committee, I thought that for my first presentation on the topic I would use PowerPoint. I understand you have copies, and I will go more rapidly through some slides than others. There are 41 slides in total, but I will skip some of them.

I want to present the first scientific observations that led to the theory or the conceptual framework of the phrase we now use a lot, namely, "social determinants of health": where it comes from, its creation, and then the work of the World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health, of which I am the only Canadian commissioner.

I made my presentation in English, but is it practical if I speak French at times? Mr. Chairman, please direct me. I have no problem if people interrupt and want to ask questions during my presentation, or is it preferable to do so at the end? What do you suggest?

The Chairman: As far as possible, we will try to let you make your presentation uninterrupted. However, if someone wishes to pinpoint something, they are certainly free to do so. We will reserve questions for the end as far as possible.

Ms. Bégin: As I could not figure out through your Internet site exactly what you were, I copied the mandate the way I found it on Google. This is the way I want to start.

OTTAWA, le jeudi 22 février 2007

Le Sous-comité de la santé de la population du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 10 h 46 afin d'examiner les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

[*Traduction*]

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

Le président : Tous les sénateurs ne sont pas encore arrivés, mais, comme le temps de notre témoin est extrêmement précieux, nous allons commencer immédiatement, d'autant plus que nous voulons tirer le maximum de sa présence. C'est un grand honneur pour nous de recevoir ce matin Mme Monique Bégin, commissaire canadienne de l'Organisation mondiale de la santé. Elle s'intéresse à la santé depuis aussi longtemps que je me souviens et a beaucoup apporté à notre pays. Elle a parrainé notamment la Loi canadienne sur la santé.

Madame Bégin, la parole est à vous.

L'honorable Monique Bégin, C.P., commissaire, Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé : Merci beaucoup, monsieur le président, pour cette présentation élogieuse.

J'allais vous appeler « chers collègues », mais cela aurait été une erreur, puisque je n'ai jamais été nommée au Sénat. Mesdames et messieurs les membres du comité, pour mon premier exposé sur le sujet, j'ai pensé me servir du logiciel PowerPoint. Je crois que vous avez des imprimés de ma présentation. Il y a 41 diapositives au total, mais je commenterai certaines plus rapidement que d'autres et j'en sauterai quelques-unes.

Je veux vous présenter les premières observations scientifiques qui ont donné naissance à la théorie ou au cadre conceptuel qui est à l'origine de la notion de « déterminants sociaux de la santé », une expression que l'on utilise désormais beaucoup : son origine, sa création et ensuite les travaux de la Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé, dont je suis le seul commissaire canadien.

J'ai rédigé mon exposé en anglais, mais je pourrai également m'exprimer en français de temps à autre, si cela ne pose pas de problème sur le plan pratique. Monsieur le président, dites-moi, s'il vous plaît ce que je dois faire. Par ailleurs, les membres du comité peuvent m'interrompre s'ils le veulent pour me poser des questions au cours de mon exposé, mais peut-être préférez-vous réserver les questions pour la fin? Que me proposez-vous?

Le président : Si possible, nous allons essayer d'éviter de vous interrompre. Cependant, on pourra vous interrompre pour demander des précisions, mais dans la mesure du possible, nous allons garder les questions pour la fin.

Mme Bégin : Étant donné que je n'ai pas pu trouver de renseignements exacts sur votre site Internet, j'ai copié votre mandat directement tel que je l'ai trouvé sur Google. Voici comment j'aimerais commencer.

I entitled this slide, "The "Classless" Society?" because all of us in North America think we are egalitarian — Canadians maybe even more than others. We hate the notion that we have social classes. I am a sociologist by training and I know that every society in the world has social classes. When I was Minister of National Health and Welfare, we would never speak of "poor people"; we would say "low income" or "socio-economic status." We masked the words to make them neutral and easier to digest so that they would not move us.

The British acknowledge that their society is a well-entrenched class system. They have a long tradition of research into this system. Two famous British studies — and some of your witnesses will mention them in passing, as if everyone was born knowing their names — are the Black study and the Whitehall study. Sir Douglas Black was a physician with a great and important role in Great Britain. He did not interview people or follow individuals. He used existing statistical and other documents, and tracked patterns of inequalities of health across Britain. He made a recommendation and his report concluded that, despite the National Health Service, big inequalities still existed in Great Britain. It was so shocking to the then government that Mrs. Thatcher tried to suppress the report. It was not permitted to be published. It was finally published only in 1992, which is surprising in today's world.

The existing publication, which we can find easily, has an added section written by Margaret Whitehead in a book entitled *The Great Divide*. Margaret Whitehead was a great researcher into social determinants of health. Almost parallel to that, the chair of my international commission, Sir Michael Marmot, started a study called Whitehall, which is far better known than the Black report. Mr. Marmot studied a great number of civil servants. Whitehall is the name of the street and the buildings where they work. He divided them into social class groups or social professional groups and studied them. I will come back to that study in a minute.

The Black report stated that during the first 35 years of the National Health Service, there was definite improvement in health, but a correlation still existed between social class and infant mortality rates, life expectancies and inequalities in the use of medical services. Sir Douglas Black concluded that if the mortality rate of the wealthiest social classes had been applied throughout the population of Great Britain during 1970-72, 74,000 lives of people under age 75 would not have been lost. We have difficulty believing that, but it is a fact that I hope will be taken into account in the work of your committee.

Why should we use the Whitehall study? As I said, that study was undertaken separately. In the slide, the yellow text is for those of us who are laypersons. In terms of non-medical training, the

J'ai intitulé cette diapositive « Une société "sans classe" ? » Parce que nous autres les Nord-Américains, nous pensons que nous sommes très égalitaires — et les Canadiens peut-être encore plus que les autres. Nous rejetons l'idée qu'il puisse y avoir des classes sociales chez nous. Je suis sociologue de formation et je sais que les classes sociales existent dans toutes les sociétés du monde. Lorsque j'étais ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, on ne parlait jamais de « pauvres », on parlait de « faible revenu » ou « situation socioéconomique ». On transformait les mots pour les rendre plus neutres et plus acceptables afin de ne pas nous laisser émouvoir par eux.

Les Britanniques reconnaissent que leur société repose sur un système de classes bien établi. Ils ont une longue tradition de recherches sur ce système de classes. Les études de Black et de Whitehall sont deux recherches britanniques célèbres. Certains de vos témoins les mentionneront sans doute dans le cadre de leur présentation comme des grands classiques que tout le monde doit connaître. Sir Douglas Black était un médecin qui a exercé un rôle immense et important en Grande-Bretagne. Pour réaliser son étude, il n'a pas interrogé des gens ni observé des individus. Il s'est servi des statistiques existantes ainsi que d'autres documents pour étudier les modèles d'inégalité en matière de santé en Grande-Bretagne. Il a présenté une recommandation et conclu dans son rapport qu'en dépit du Service national de la santé, il existait de grandes disparités en Grande-Bretagne. Les conclusions du rapport étaient si choquantes que le gouvernement dirigé à l'époque par Mme Thatcher avait tenté de faire disparaître ce rapport et refusa d'en autoriser la publication. Finalement, le rapport ne fut publié qu'en 1992, ce qui paraît étonnant à notre époque.

La publication existante, que l'on peut se procurer facilement, a été mise à jour par Margaret Whitehead dans un ouvrage intitulé *The Great Divide*. Margaret Whitehead est une éminente universitaire qui s'est spécialisée dans la recherche sur les déterminants sociaux de la santé. Presque parallèlement, le président de ma commission internationale, sir Michael Marmot, avait commencé une étude intitulée Whitehall, qui est beaucoup plus connue que le rapport de Black. M. Marmot a étudié un grand nombre de fonctionnaires. Whitehall est le nom de la rue et des immeubles où travaillent ces fonctionnaires. Il les a répartis en plusieurs groupes selon leur classe sociale ou leur catégorie socioprofessionnelle et les a étudiés. Je reviendrai à cette étude dans une minute.

Le rapport de Black avait constaté une amélioration de la santé au cours des 35 premières années du Service national de la santé mais observé qu'il y avait une corrélation entre les classes sociales, les taux de mortalité infantile, l'espérance de vie et les inégalités par rapport à l'utilisation des services de santé. Sir Douglas Black avait conclu que si le taux de mortalité des classes sociales les plus riches s'était appliqué à la population de Grande-Bretagne entre 1970 et 1972, 74 000 personnes de moins de 75 ans auraient pu être sauvées. C'est difficile à croire, mais j'espère que votre comité tiendra compte de cette constatation dans ses travaux.

Pourquoi devrions-nous nous référer à l'étude de Whitehall? Comme je l'ai dit, cette étude a été réalisée indépendamment. Dans la diapositive, le texte en jaune est destiné aux profanes

general assumption, even today in the minds of many people, is that people with big jobs and big responsibilities have heart attacks. I say that in front of Dr. Keon, but that cliché is believed to be true by a great number of people in the population. That was the starting point of the study. If you read the Black reports you begin to wonder if that is true. That doubt was the starting hypothetical situation of Michael Marmot and his team.

We are not talking about soft science; we are talking about cardiovascular functions, smoking, and then some socio-economic data, for example, car ownership, angina, leisure, diabetes, et cetera. The study was a mix of solid economic indicators as well as solid health indicators.

Whitehall II is an ongoing longitudinal study that tracks a number of civil servants. The first conclusions of Whitehall II confirm conclusions in Whitehall I. That is, people at the bottom of the hierarchy have a higher risk of heart attacks, and the lower they are in the hierarchy, the higher the risk. The same applied to all the major causes of death, and I listed them in the slide. This shocking reality is backed by statistics — not only in the U.K. but also in Canada, where research shows the same thing.

Whitehall also observed that men and women with low job control have a higher risk. The importance of the psychosocial work environment — job stress, lack of skill utilization, tension, lack of clarity in tasks, household income and factors such as a socially cohesive neighbourhood or the opposite — are both positive and negative factors.

The next graph shows, “Long Spells of Sickness Absence by Grade.” We see, age adjusted or fully adjusted, how people in low social professional jobs, people in lower positions, have a much higher absenteeism than people in the top category of employment.

Do socio-economic differences in mortality persist after retirement? That question was studied in a 25-year follow-up of civil servants from the first Whitehall study. Relative differences in mortality between low and high employment grades are less after retirement, suggesting the importance of work in generating inequalities in health.

On the lighter side, but still scientifically demonstrated, people with Ph.D.s live longer than those with a master's degree; those with master's live longer than those with bachelor degrees;

comme moi. Beaucoup de gens qui ne sont pas spécialistes du domaine médical pensent, même encore de nos jours, que les personnes qui occupent des emplois importants et qui ont de grosses responsabilités sont plus enclins aux accidents cardiaques. Je le dis ici en présence du Dr Keon, mais c'est un cliché qui est très courant dans la population. Telle était l'hypothèse générale de l'étude. Quand on lit le rapport de Black, on commence à se demander si c'est vrai. C'est ce doute qui fut à l'origine de l'hypothèse posée par Michael Marmot et son équipe de chercheurs.

Il ne s'agissait pas de recherches en sciences humaines, mais de recherches portant sur des données telles que les fonctions cardiovasculaires, le tabagisme ainsi que des données socioéconomiques telles que la possession d'une automobile, l'angine de poitrine, les loisirs, les passe-temps, le diabète, et cetera. L'étude se penchait donc sur un certain nombre d'indicateurs économiques valables ainsi que sur des indicateurs fiables de la santé.

La deuxième étude de Whitehall est une étude longitudinale continue qui a suivi un certain nombre de fonctionnaires. Les premières conclusions de Whitehall II ont confirmé celles de Whitehall I, à savoir que les gens au bas de la hiérarchie courent davantage de risques de souffrir de crises cardiaques. Plus on est au bas de la hiérarchie et plus le risque est élevé. Le même phénomène s'applique à toutes les causes principales de décès que j'ai énumérées dans la diapositive. Cette réalité choquante est confirmée par les statistiques — non seulement au Royaume-Uni, mais également au Canada, où les recherches sont parvenues aux mêmes résultats.

Whitehall souligne également que les hommes et les femmes qui ont peu de contrôle sur leur emploi courent un risque plus élevé. Le milieu de travail psychosocial est important — stress lié à l'emploi, non-utilisation des compétences, tension, manque de clarté dans les tâches, revenu du ménage, cohésion sociale ou son absence — sont des facteurs qui ont une incidence à la fois positive et négative.

Le graphique suivant est intitulé « De longues périodes d'absence liées à la maladie, selon la classe d'emploi ». Ce graphique ajusté selon l'âge ou globalement, nous montre que les personnes qui occupent des emplois socioprofessionnels inférieurs, affichent un taux d'absentéisme beaucoup plus élevé que les personnes qui ont un emploi d'une catégorie supérieure.

Les différences socioéconomiques relatives à la mortalité persistent-elles après la retraite? Les chercheurs se sont penchés sur cette question au cours d'une étude suivie réalisée pendant 25 ans auprès des fonctionnaires de la première étude de Whitehall. Les différences relatives sur le plan de la mortalité entre les classes d'emploi basses et élevées s'atténuent après la retraite, ce qui suggère l'importance que le travail peut avoir par rapport à la création d'inégalités en matière de santé.

Vous serez amusés d'apprendre qu'il est scientifiquement prouvé que les gens qui ont un doctorat vivent plus longtemps que ceux qui ont une maîtrise; ces derniers vivent plus longtemps

and, going down the scale, those with bachelor's degrees live longer than those who left school early. Of course, there are always exceptions.

Similarly, actors who have won an Oscar will live on average three years longer than those who were nominated but missed out.

I have nothing about politicians and the results of electoral victories.

Senator Eggleton: Senators will definitely live longer.

Ms. Bégin: That is because senators have a clarity of task.

Sir Michael Marmot says that our health and longevity are influenced to a high degree on our social standing. Status, it seems, is more important than genetics. If we ask the question, the first basic question, of why some people live longer than others or are in better health than others, the vast majority of the population would have said genetics and biological endowment. Fundamentally, genetics is only one determinant of many other determinants: The sum total of the others is far more important. Status is more important than genetics, smoking or even money. Position in the hierarchy relates to how much control we have over our lives, and not just to have control but to perceive to have control. This means that if a clerical employee in a relatively modest job in an office — and that person will be a woman most of the time — has a clear definition of what she is expected to do, and has a good boss, good colleagues and a good working environment, that person will have a much better health score than one in a bad environment who does not know what is expected of her.

It is unbelievable how life around us influences our health, which has nothing to do with genetics.

I wish to speak now to inequality. Wilkinson, one of the great names in research on social determinants, argues that what matters most is not whether people have a smaller or larger home, or better or lesser care, but what these differences mean socially. I used life in an office as an example, but life in one's society is also fundamental, and what society makes people feel about themselves and the world around them.

The British have completed a lot of work in this field and this slide gives a chronological list of studies. I have extracted two concepts from those studies that I think are fundamental.

The gradient theory states that we know now that social classes or socio-economic status predict health status. One of your witnesses, Dr. Louise Lemyre of Institute of Population Health, has doctoral students who recently finished their Ph.D. theses on Canadian samples of people. The research confirms the theory of the five gradients, from the 20 per cent at the top of our social

que ceux qui ont un autre diplôme universitaire et ceux-ci vivent plus longtemps que ceux qui ont quitté l'école très jeunes. Bien sûr, il y a toujours des exceptions.

De la même façon, les acteurs qui ont un reçu un Oscar vivront en moyenne trois ans de plus que ceux qui ont été mis en nomination mais qui n'ont pas gagné.

Je n'ai aucune donnée sur les politiciens qui ont gagné leurs élections.

Le sénateur Eggleton : Les sénateurs vivront certainement plus vieux.

Mme Bégin : C'est sans doute parce que la tâche des sénateurs est plus claire.

Sir Michael Marmot affirme que notre statut social influence grandement notre santé et notre longévité. Il semblerait que notre statut ait plus grande influence que la génétique. Pourquoi certaines personnes vivent-elles plus longtemps que d'autres ou sont-elles en meilleure santé que les autres? À cette première question fondamentale, la grande majorité des gens répondent que c'est une question de génétique ou de constitution physique. Or, la génétique n'est qu'un des nombreux déterminants : tous les autres déterminants réunis sont beaucoup plus importants que le déterminant génétique lui-même. Le statut est beaucoup plus important que la génétique, que le tabagisme ou même que l'argent. La position dans la hiérarchie est très liée au contrôle que chacun exerce sur sa vie et pas seulement au contrôle, mais à la perception que l'on a de ce contrôle. Cela signifie qu'une personne qui occupe un emploi de commis, un emploi administratif relativement modeste et que cette personne — une femme la plupart du temps — sait clairement ce que l'on attend d'elle, a un bon patron, de bons collègues et un bon milieu de travail, cette personne jouira d'une meilleure santé qu'une autre personne travaillant dans un environnement négatif et ne sachant pas ce que l'on attend d'elle.

Il est étonnant de constater combien le monde qui nous entoure influence notre santé et que cela n'a rien à voir avec la génétique.

Je vais maintenant parler de l'inégalité. Wilkinson, un des grands noms de la recherche sur les déterminants sociaux, affirme que ce qui importe le plus n'est pas d'avoir une petite ou une grosse maison ou de meilleurs soins, mais ce que ces différences signifient sur le plan social. J'ai pris l'exemple d'une employée de bureau, mais notre place dans la société est également fondamentale, ainsi que l'image que la société nous renvoie de nous-même et la perception du monde qui nous entoure.

Les Britanniques ont réalisé de nombreuses études dans ce domaine et cette diapositive vous présente une liste chronologique de ces études. J'ai prélevé dans ces études deux concepts qui me paraissent fondamentaux.

Grâce à la théorie de la gradation, nous savons maintenant que les classes sociales ou les statuts socioéconomiques sont des indicateurs de l'état de santé. Un de vos témoins, Louise Lemyre, de l'Institut de recherche sur la santé des populations, a des étudiants qui ont récemment terminé leur thèse de doctorat sur des échantillons canadiens. Leurs recherches confirment la théorie

classes to the 20 per cent at the bottom and the three classes in between. At every different gradient we have a difference of quality of life and of health.

The conceptual framework itself, the social determinants of health, is the reason d'être of your work.

I want to add a personal observation. All the years I was in health and welfare, I remember signing and protecting the budget of many projects on — at the time, a subject called health promotion and disease prevention — basically health promotion. I liked those community-based projects that delivered good things different from what the health care system delivered.

However, I always worried how all of that work fit together with the health care system. At the time, we did not have a conceptual framework explaining it. From health promotion, it seemed to me that slowly we moved to population health, using epidemiology to inform us. From population health we moved to the social determinants of health. For the first time, from the work to put together these various socio-economic factors and some health indicators, I could see where these health promotion projects were supposed to fit.

I will keep slide 37 for later.

I will give more history, but Canadian history this time. In Canada, when did we start talking of social determinants? I never heard the words "social determinants" in the eight years I was in the Ministry of National Health and Welfare, and today I still see many people who do not understand what the words mean. "Determinants" is not as clear as "factors," for example.

We can trace "ancestor" to the so-called Lalonde report in 1974, which was known worldwide. I still hear about the report regularly, which was not written by Marc Lalonde but by others: I want civil servants to be recognized when they do great work.

The report started putting things together. However, if you have Sholom Glouberman or Dennis Raphael as witnesses, they will both tell you how bad that framework was, because in today's knowledge we see that what was extracted from the Lalonde report was the box called lifestyle. We had all those health promotion projects, but lifestyle, which is do not smoke, engage in physical activity, eat well, et cetera, are all individual behaviours. They mask societal and collective behaviours. Social determinants tell us that besides lifestyle and individual behaviour that must be "corrected," far more determinants are societal in nature and do not have much to do directly with the ministry of health. Although the word "environment" appears

des cinq gradients, des 20 p. 100 de personnes situées au sommet de nos classes sociales aux 20 p. 100 de celles qui occupent le bas de l'échelle et des trois classes sociales intermédiaires. La qualité de vie et la santé sont toutes différentes dans les diverses catégories.

Le cadre conceptuel lui-même, en l'occurrence les déterminants sociaux de la santé, est la raison d'être de vos travaux.

Permettez-moi d'ajouter un commentaire personnel. J'ai œuvré pendant de nombreuses années dans le domaine de la santé et du bien-être social et je me souviens d'avoir signé et protégé le budget de nombreux projets sur ce que l'on appelait à l'époque la promotion de la santé et la prévention des maladies — ce qui correspond essentiellement à la promotion de la santé. J'aimais ces projets communautaires qui produisaient de bons résultats, différents de ceux que pouvait offrir le régime de soins de santé.

Cependant, je me suis toujours souciée de la façon dont ces travaux pouvaient s'harmoniser avec le régime de soins de santé. À l'époque, nous ne disposions pas d'un cadre conceptuel pour l'expliquer. Il me semble que nous sommes passés progressivement de la promotion de la santé à la santé des populations en nous appuyant sur nos connaissances épidémiologiques. De la santé des populations, nous sommes passés aux déterminants sociaux de la santé. Pour la première fois, à partir des travaux de définition des divers facteurs socioéconomiques et de certains indicateurs de la santé, je pouvais entrevoir la place qu'occupaient ces projets de promotion de la santé.

Je reviendrai à la diapositive 37 plus tard.

Je vais encore faire un peu d'histoire, mais cette fois, nous allons rester au Canada. Quand avons-nous commencé à parler de déterminants sociaux au Canada? Je ne me souviens pas d'avoir entendu l'expression « déterminants sociaux » au cours des huit années que j'ai passées au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et, aujourd'hui encore, je constate que beaucoup de personnes ne comprennent pas ce que cela signifie. « Déterminant » n'est pas un terme aussi clair que « facteur », par exemple.

Nous pouvons remonter à un « ancêtre », un document paru en 1974, connu dans le monde entier, sous le nom de rapport Lalonde. J'entends encore régulièrement parler de ce rapport qui ne fut pas écrit par Marc Lalonde, mais par d'autres auteurs : il faut reconnaître les fonctionnaires quand ils font du bon travail.

Les auteurs de ce rapport avaient commencé une certaine ébauche. Pourtant, si Sholom Glouberman ou Dennis Raphael viennent témoigner, ils ne manqueront pas tous les deux de décrire le cadre défini dans le rapport, parce que nous savons aujourd'hui que le cadre ébauché dans le rapport Lalonde se rapportait à ce que nous appelons aujourd'hui le style de vie. Nous avions tous ces programmes de promotion de la santé, mais le style de vie reflète les comportements individuels, c'est-à-dire ne pas fumer, faire de l'activité physique, bien manger, et cetera. Ces habitudes de vie masquent les comportements sociétaux et collectifs. Les déterminants sociaux nous enseignent qu'au-delà du style de vie et du comportement individuel qu'il convient de « corriger », il

in the box, at the time we did not pay much attention to it. In fact, it took almost 25 years to see some movement on societal factors.

Jake Epp succeeded me in health and welfare. He was the minister when the Ottawa Charter for Health Promotion was launched. Perhaps the people at the Public Health Agency of Canada can give you the exact reference; I discovered it too late to put it in my presentation.

Jake Epp's report is a milestone as well. The report entitled *Achieving Health for All* was launched at the same time as the Ottawa charter. I thought they were one and the same but they are not. The Epp report is their way of expressing the social determinants of health. It is interesting to see how the report moves on from the Lalonde report. It adds things such as creating supportive environments, reorienting health services and developing personal skills. We can see a beginning of the model.

Dr. Fraser Mustard, a great Canadian, then conceptualized the social determinants — and I was on the same committee when he presented it — in about 1989-90. Again, factors include not only the biological endowment and individual responses but also the social environment. The framework is still not complete but we are getting there.

Then there is Margaret Whitehead. She came to Canada to present last year, and I had the great pleasure of hearing her. There is also Dr. Gören Dahlgren, who I do not know. I use the model developed by Dahlgren and Whitehead a lot because it is a simple one. It goes by layers and is not from one individual but from several. It explains how inequalities are the result of various layers.

There are numerous other models. Dr. Louise Bouchard of the Institute of Population Health of the University of Ottawa is an expert on all the conceptual frameworks that have been developed. I like the Dahlgren and Whitehead model because I have spoken of Great Britain up to now, but what about between countries or within countries? I took this example. If one catches the train in downtown Washington to a suburb in Maryland, life expectancy is 57 years if one lives in downtown Washington at the beginning of the journey. At the end of the journey in the suburbs, life expectancy is 77 years. That is a 20-year difference between the poor, predominantly African-Americans of downtown Washington and the predominantly wealthy suburbs around the capital of the United States.

The next slide from down south indicates the probability of survival from age 15 to 65 years among U.S. Black and White males. The light green and the yellow represent the total

existe beaucoup d'autres déterminants qui sont de nature sociétale et qui ne relèvent pas directement du ministère de la Santé. Bien que le terme « environnement » apparaisse dans le cadre, nous n'y avions pas prêté grande attention à l'époque. De fait, il a fallu attendre près de 25 ans pour que l'on commence à s'intéresser aux facteurs sociaux.

Jake Epp m'a succédé à Santé nationale et Bien-être social Canada. Il était ministre lorsque fut lancée la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Le personnel de l'Association canadienne de santé publique pourra vous donner la référence exacte; je l'ai découverte trop tard pour l'inclure dans ma présentation.

Le rapport de Jake Epp représente lui aussi un jalon. Intitulé *La santé pour tous*, son rapport fut publié à la même époque que la Charte d'Ottawa. Je pensais qu'il s'agissait d'un seul et même document, mais en réalité ce n'est pas le cas. Le rapport Epp définit en quelque sorte les déterminants sociaux de la santé. Il est intéressant de voir le chemin parcouru depuis le rapport Lalonde. Le rapport Epp propose de créer des milieux favorables, de réorienter les services de santé et de développer les compétences personnelles. Le modèle commence à se dessiner.

Fraser Mustard, un grand Canadien, a conceptualisé par la suite les déterminants sociaux — et j'étais membre du même comité que lui lorsqu'il a présenté son modèle — vers 1989-1990. Parmi les facteurs, il cite lui aussi non seulement le capital biologique et les réactions de chacun, mais également l'environnement social. Le cadre n'est pas encore complet, mais il se dessine de façon de plus en plus précise.

Et puis, il y a Margaret Whitehead. Elle est venue au Canada l'an dernier et j'ai eu le grand plaisir d'aller l'entendre. Il y a aussi Gören Dahlgren, que je ne connais pas. J'utilise beaucoup, en raison de sa simplicité, le modèle mis au point par Dahlgren et Whitehead. Il procède par couche de facteurs qui ne s'appliquent pas à un seul individu, mais à plusieurs. Le modèle explique que les inégalités en matière de santé sont le résultat de différentes couches de facteurs.

Il existe beaucoup d'autres modèles. Louise Bouchard, de l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa, est spécialisée dans les différents cadres conceptuels qui ont été mis au point. J'aime le modèle de Dahlgren et Whitehead, puisque j'ai parlé jusqu'à présent de la Grande-Bretagne, mais existe-t-il des inégalités en matière de santé entre les pays et à l'intérieur même des autres pays? Je vous propose l'exemple suivant. Si vous prenez le métro au centre-ville de Washington DC vers votre banlieue au Maryland, votre espérance de vie est de 57 ans au début de votre voyage. À la fin de votre trajet, elle est de 77 ans. Cela veut dire qu'il y a une différence de 20 ans entre l'espérance de vie des pauvres, surtout celle des Afro-Américains du centre-ville de Washington et celle des habitants des banlieues riches de la capitale des États-Unis.

La diapositive suivante concernant les États-Unis nous indique les probabilités de survie chez les Blancs et les Noirs américains de l'âge de 15 à 65 ans. Les colonnes vert clair et jaune représentent

population of White males or Black males, and the poor are represented by the two other darker boxes.

This next slide shows trends after the implosion of the USSR. Immediately following the implosion of the USSR, the society was differentiated into social classes in a special way — not that there were no elites of people before, but now socio-economic classes are far more differentiated. With a university degree, we see immediately how the trend towards longer life expectancy rises in comparison to those with only an elementary education.

Differences also exist between countries: this slide shows the probability of dying between age 15 and 60 in different countries. Look at Lesotho and Russia. Russia should have indicators as good as our country but it does not. It is damaged. Look at Sri Lanka. It is not a particularly rich country, but it has a relatively good marker. The father of independence and the first President of Sri Lanka immediately made education mandatory for all, including girls, with no user fees. In Africa, user fees for the elementary school level exist for many schools today and are a deterrent, even if we speak of relatively little money. The great success of Sri Lanka, in comparison to India, which is far richer today but has much worse indicators, is attributed to universal education that is mandatory for all. Things follow education such as much better family planning control, et cetera.

Another indicator is the “Under 5 Mortality Rate per 1,000 Live Births.” The slide shows Sierra Leone, one of the poorest countries in the world; Sri Lanka again with a good indicator; and Iceland at the top. This information comes from UNICEF and it is based on the UNICEF administrative regions. It has a story to tell. The story is that inequities between countries are growing. In blue, we have 15 years ago; in red, we have five years ago. Yes, there is a decline in those 10 years. The size of the decline, however, is shocking. The poorest countries, namely Sub-Saharan Africa followed by parts of South Asia, have a smaller reduction than the industrialized world — that is, Europe, North America, Japan and Australia: the Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, countries, basically — where the difference is 32 per cent. This situation is the opposite of what we should aim for. The change for the poorest countries appears to be peanuts when compared to other countries.

I will now talk about the commission, of which I am a member. It was created in March 2005. We should finish our work by April or May 2008. The commission is independent from the

l'ensemble de la population des hommes blancs et des hommes noirs, tandis que les deux autres colonnes plus foncées représentent les pauvres.

La diapositive suivante fait état des tendances notées après l'implosion de l'URSS. Immédiatement après la chute du régime soviétique, on a assisté à une différenciation spéciale des classes sociales — non pas qu'il n'existait pas une certaine élite auparavant, mais désormais, les classes socioéconomiques étaient beaucoup plus différenciées. On peut constater immédiatement que les personnes qui possèdent un diplôme universitaire ont une espérance de vie beaucoup plus longue que celles qui ont seulement fait des études élémentaires.

Les inégalités en matière de santé existent également entre les pays : cette diapositive nous montre les probabilités de décès entre l'âge de 15 ans et 60 ans dans différents pays. Prenez le cas du Lesotho et de la Russie. La Russie devrait avoir des indicateurs aussi bons que les nôtres, mais ce n'est pourtant pas le cas. Ce pays a été bouleversé. Prenez le cas du Sri Lanka. Ce n'est pas un pays particulièrement riche, mais il présente des indicateurs relativement bons. Une des premières décisions du père de l'indépendance et premier président du Sri Lanka fut de rendre l'éducation obligatoire et gratuite pour tous, y compris les filles. En Afrique, l'école élémentaire est souvent payante, ce qui constitue un élément dissuasif, même si les frais ne sont pas très élevés. Le grand succès du Sri Lanka, par comparaison à l'Inde qui est aujourd'hui beaucoup plus riche mais qui affiche des indicateurs nettement moins bons, est attribué à l'éducation universelle et obligatoire pour tous. L'éducation entraîne beaucoup d'autres choses par exemple une meilleure planification familiale, et cetera.

Un autre indicateur est le « taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans par 1 000 naissances vivantes ». La diapositive suivante fait état de la Sierra Leone, un des pays les plus pauvres du monde; encore une fois, le Sri Lanka affiche un bon indicateur; et l'Islande est au sommet. Ces informations proviennent de l'UNICEF et s'appuient sur les régions administratives de l'UNICEF. Ce graphique nous révèle que les iniquités entre les pays sont à la hausse. La colonne bleue fait état de la situation il y a 15 ans; la colonne rouge représente la situation il y a cinq ans. Au cours de ces dix années, il y a eu un déclin. L'importance de ce déclin, toutefois, est particulièrement choquante. Les pays les plus pauvres, à savoir l'Afrique subsaharienne ainsi que certaines régions de l'Asie du Sud, affichent une réduction plus faible que ceux des pays du monde industrialisés — à savoir l'Europe, l'Amérique du Nord, le Japon et l'Australie : les pays de l'Organisation pour la coopération et le développement économique, l'OCDE, essentiellement — où la différence est de 32 p. 100. C'est exactement le contraire de l'objectif que l'on devrait viser. Les améliorations constatées dans les pays les plus pauvres paraissent négligeables par rapport à celles observées dans les autres pays.

Je vais maintenant vous parler de la commission dont je suis membre. La commission a été créée en mars 2005. Nous devrions terminer nos travaux en avril ou mai 2008. La commission est

World Health Organization. We are supported by WHO to an extent, and by contributions of some countries, additional to their annual contribution as members of WHO.

We have 19 members now. We have a small secretariat in Geneva and smaller scientific team in London with Michael Marmot. We meet in person about three or four times a year. The next meeting of the commission is in Vancouver on June 7, 8 and 9. We usually meet outside of Geneva, with the theory that social change takes work both from the bottom up and from the top down. We need the two elements for change to occur, so we usually meet with top government people, for example, presidents, prime ministers, some ministers, and so on. We do some field observation. For example, in July we stayed almost a day in one of the worst urban slums of the world, Kibera in downtown in Nairobi.

With respect to the four pillars of our work, for the first time, the world commission has included civil society. They come to our meetings, they have regional consultations and they report their viewpoint on how to bring about social change. Their viewpoint is important, a viewpoint which is far from being captured by all official statistics and reports from everywhere.

We have the civil society. We have started to engage other countries into adopting social determinants of health. You will explore that more with the Canadian government.

The big international players are another one of our pillars. How do we move the World Bank, if their policies are not acceptable? They inflicted great damage on health and education all over the developed world, but they seem to have moved away from that approach of the 1990s.

With respect to value, the commission uses an official description of what we are supposed to do. We are also supposed to discuss health inequality and health inequity, which are two different concepts. I adapted those definitions from several different readings. Health inequality is something nobody should question because it comes from an observable and often measurable difference in health status among individuals and among subgroups or groups in society, whatever its cause.

I call health inequity a "moral category" because it has to do with choice. One can observe health inequality and put it on the shelf. Then one can decide, after having observed health inequality, to move and do something. That is the role of any government, and that is why I described it as a choice. It is a moral category rooted in social stratification that is

indépendante de l'Organisation mondiale de la santé. Elle reçoit une partie de son appui de l'OMS et de certains pays qui lui consacrent une contribution spéciale en plus de leur cotisation annuelle à titre de membres de l'OMS.

Nous comptons actuellement 19 membres. Nous disposons d'un petit secrétariat à Genève et d'une plus petite équipe scientifique entourant Michael Marmot, à Londres. Nous nous rencontrons en personne trois ou quatre fois par année. La prochaine réunion aura lieu à Vancouver, les 7, 8 et 9 juin. Nous nous rencontrons généralement à l'extérieur de Genève, fidèles à la théorie voulant que le changement social nécessite une action de bas en haut aussi bien que de haut en bas. Étant donné que nous voulons faire agir les deux facteurs de changement, nous rencontrons généralement les grands dirigeants gouvernementaux, par exemple des présidents, des premiers ministres, certains ministres, et cetera. Nous faisons également de l'observation sur le terrain. Par exemple, en juillet, nous avons passé presque une journée complète à Kibera, au centre-ville de Nairobi, un des pires bidonvilles de la planète.

Quant aux quatre piliers de notre travail, ils incluent la société civile, pour la première fois dans une commission mondiale. Les représentants de la société civile participent à nos réunions, organisent des consultations régionales et donnent leur point de vue sur les mesures à prendre pour obtenir des changements sociaux. Leur point de vue est important car il est grandement ignoré par les statistiques et rapports officiels qui nous viennent de tous les horizons.

Nous accueillons donc les représentants de la société civile. Nous avons commencé à inviter d'autres pays à adopter les déterminants sociaux de la santé. Vous pourrez approfondir cette question avec le gouvernement canadien.

Les grands partenaires internationaux constituent un autre de nos piliers. Comment infléchir les politiques de la Banque mondiale lorsqu'elles ne sont pas acceptables? Elles ont causé de grands dommages dans les domaines de la santé et de l'éducation dans tout le monde développé, mais la Banque mondiale semble s'être éloignée de cette approche des années 1990.

Quant aux valeurs, la commission s'appuie sur une description officielle des objectifs que nous sommes censés atteindre. Nous sommes également censés examiner l'inégalité et l'iniquité en matière de santé. Ce sont deux concepts différents. J'ai adapté les définitions suivantes à partir de diverses études. L'inégalité en matière de santé est un facteur que personne ne devrait contester, puisqu'il s'agit de la différence observable, souvent mesurable, par rapport à l'état de santé entre des individus et entre des groupes ou sous-groupes de la société, peu importe la cause.

Je qualifie l'iniquité en matière de santé de « catégorie morale », parce que c'est un choix. On peut observer l'inégalité en matière de santé et ne rien faire pour y remédier. En revanche, on peut décider, après constaté l'inégalité sur le plan de la santé, de prendre des mesures afin d'y remédier. C'est le rôle de tout gouvernement et voilà pourquoi je considère que c'est un

embedded in political reality and the negotiations of social power relations. There is no way we can hide from that.

I like the definition of "health equity" as "the absence of unfair or unavoidable or remediable differences in health among populations or groups defined socially, economically, demographically or geographically."

Our knowledge networks are teams of researchers who competed at the beginning of the commission to be included. The commissioners had nothing to do with choosing these teams. It was a bureaucratic process of the WHO secretariat, and advertisement was directed at whoever wanted to take on research for the commission. Eight knowledge networks were chosen. They are academic, and unfortunately, they are from countries in the north, which is normal, but the teams were required to add people from countries of the south, including people from civil society.

One of the knowledge networks is entitled "Social Exclusion." From discussions with some First Nations in Canada, I quickly realized that our own Aboriginal population refused to be lumped together into the category of social exclusion. They say the roots of their marginalization are unique, and they have a point. However, you will certainly want to explore that because if there is one pocket of Canadian society that experiences inequality of health status, it is the Aboriginal people.

I worked on that issue as much as I could. With my colleague from Australia, who did a tremendous job, we organized a first meeting last September and an important conference at the end of this April for people who have similarities in context, history and so forth, namely, Aboriginals of Canada, Australia and New Zealand. I want to undo the polarization in Canadian society as much as we can. I am struck by the strong adversarial relationship between Aboriginals and the Canadian population in general, with many misunderstandings on both sides.

Aboriginal people in Canada will have a chance to form alliances with others who live in similar situations. Although neither the situation in South America nor that of the Aboriginals in India is the same, there are many similarities between the Aboriginals of those three countries, Canada, New Zealand and Australia. The conference will be in Adelaide, Australia, at the end of April, and a few Aboriginals, will join probably from the United States, where contacts have been made, and South America. The group is relatively small budget-wise, and the job I gave my own friends in Canada is, if you are not comfortable with being labelled "cases of social exclusion," tell us why.

choix. Il s'agit d'une catégorie morale qui prend racine dans la stratification sociale, qui est incrustée dans la réalité politique et dans la négociation des relations de pouvoir social. On ne peut pas y échapper.

J'aime la définition suivante de l'équité en matière de santé : « absence de différences injustes, inévitables ou auxquelles on peut remédier en ce qui concerne la santé à l'intérieur d'une population ou de groupes définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement. »

Nos réseaux de savoirs sont composés d'équipes de chercheurs qui ont été recrutés dans le cadre d'un processus de sélection lorsque la commission a été formée. Les commissaires n'ont pas eu à participer à la sélection de ces équipes. Le secrétariat de l'OMS avait enclenché un processus administratif et fait parvenir la documentation à toutes les personnes susceptibles de vouloir faire de la recherche pour la commission. Huit réseaux de savoirs ont été choisis. Ce sont des réseaux universitaires et, malheureusement, leurs représentants proviennent de pays du Nord, ce qui est n'est pas étonnant, mais les équipes ont été tenues d'ajouter des représentants des pays du Sud, y compris des membres de la société civile.

Un des réseaux de savoirs porte sur l'exclusion sociale. À la suite d'entretiens avec certaines Premières nations du Canada, j'ai vite compris que notre propre population autochtone refusait d'être classée dans la catégorie de l'exclusion sociale. Les Autochtones affirment en effet que les sources de leur marginalisation sont particulières et je dois dire qu'ils ont raison. Cependant, vous souhaitez certainement vous pencher sur cette question car les peuples autochtones représentent bel et bien un secteur de la société canadienne qui est victime d'inégalité en matière de santé.

J'ai poussé nos travaux dans ce domaine autant que j'ai pu. Avec mon collègue d'Australie qui a fait un travail extraordinaire, nous avons organisé en septembre dernier une première réunion et une importante conférence à la fin du mois d'avril prochain pour les personnes qui ont vécu des situations similaires en raison de leur contexte, de l'histoire, et cetera, en l'occurrence les Autochtones du Canada, d'Australie et de Nouvelle-Zélande. Je veux éliminer le plus possible la polarisation de la société canadienne. Je suis frappée par la relation d'opposition entre les Autochtones et la population canadienne en général et par les nombreux malentendus de part et d'autre.

Les Autochtones du Canada auront ainsi l'occasion de conclure des alliances avec d'autres groupes qui vivent des situations similaires. La situation en Amérique du Sud ou celle des Autochtones de l'Inde ne sont pas les mêmes, mais il y a de nombreuses similitudes entre les Autochtones des trois pays que sont le Canada, la Nouvelle-Zélande et l'Australie. La conférence aura lieu à Adélaïde, en Australie, à la fin du mois d'avril et accueillera sans doute quelques Autochtones des États-Unis où nous avons établi certains contacts, et d'Amérique du Sud. Le groupe dispose d'un budget relativement réduit et la tâche que j'ai confiée à mes amis du Canada consiste à nous expliquer pourquoi

Of course, the answer is self-determination, and I say, "Self-determination is a political word, and it is loaded. Tell me what the roots are behind the need for it."

Of course, when we say "self-determination" in Canada, we go crazy because we think of Quebec, and the word does not mean that at all for the Aboriginals. What is behind their quest is enough identity to feel good and be of the best health, if I can sum it up that way.

Then I want to ensure that our commission does not suffer what Alma-Ata did, which is a great milestone in WHO history. In 1978, Joyce Fairbairn was the one giving permission in the Prime Minister's office, and she forbade me to go to the conference where the Declaration of Alma-Ata was adopted. She is not here today because I am still a bit angry. Alma-Ata is a major milestone where the idea of health for all by the year 2000 was launched, which, of course, has never been reached. Basically, the conference emphasized primary health care. The northern countries ganged up behind the scenes after the Alma-Ata conference and decided that they had a high-tech medical health care system and did not need primary health care because it was for the poor. Primary health care should not be for the poor, it should be for all of us. I do not want that division to happen. I want to ensure that our report speaks equally to both northern and southern countries, although the situation in the southern countries is shocking in terms of poor social determinants of health.

I entitled a presentation I gave last June in Vancouver, "Canada is the country of pilot projects." I briefly touched on that topic earlier. Over the years — in fact, to this day — we have signed approvals and budgets for so many pilot projects on social determinants of health that it is unreal. Some projects have been evaluated; some have not. They have never been translated into policies and programs. The projects are a one-shot affair. I do not think I am being unfair here, because I hesitated, and waited many years, to say that. Since I have said it, people have stopped me in public health meetings to tell me that it is true. There is something wrong there. I speak about other things, too, for example, gender.

At the first meeting of the commission in Santiago, Chile, there was no knowledge network on women, so we forced one. I still remember the face of our Chair, Sir Michael Marmot. It was his first meeting and he had never been in groups other than academic, scientific or medical ones. He said, "You mean gender." I shouted, "No, I mean women." The official title, however, is gender.

ils ne souhaitent pas être placés dans la catégorie de l'exclusion sociale. Bien entendu, la réponse est l'autodétermination mais selon moi, l'autodétermination est un terme politique qui recouvre une réalité beaucoup plus complexe. J'aimerais savoir quelles sont les sources de ce besoin d'autodétermination.

Bien entendu, quand on parle d'autodétermination au Canada, on commence à s'affoler, parce qu'on pense au Québec. Pourtant, ce terme n'a pas du tout la même signification pour les Autochtones. Je pourrais résumer en disant que pour eux, c'est une façon de retrouver leur identité afin d'accéder à un mieux-être et une meilleure santé.

Ensuite, je ne veux pas que notre commission connaisse le même sort que la conférence d'Alma-Ata qui fut un grand jalon dans l'histoire de l'OMS. En 1978, c'était Joyce Fairbairn qui prenait les décisions au bureau du premier ministre et elle m'avait interdit de me rendre à la conférence où fut adoptée la Déclaration d'Alma-Ata. Elle n'est pas ici aujourd'hui, parce que je suis encore un peu fâchée contre elle. Alma-Ata représente un jalon important, puisque c'est au cours de cette conférence que fut lancée l'idée de la santé pour tous en l'an 2000. Évidemment, cet objectif n'a jamais été atteint. La conférence avait essentiellement mis l'accent sur les soins de santé primaires. Après la conférence, les pays du Nord se sont retrouvés et ont affirmé qu'avec leurs régimes de soins médicaux de pointe, ils n'avaient pas besoin de soins de santé primaires qu'ils considéraient comme une médecine de pauvre. Or, les soins de santé primaires ne devraient pas être pour les pauvres, mais pour chacun d'entre nous. Je refuse cette séparation. Je veux que notre rapport s'adresse autant aux pays du Nord qu'aux pays du Sud, même si la situation dans les pays du Sud est choquante tant les déterminants sociaux de la santé sont médiocres.

En juin dernier, j'ai présenté à Vancouver un exposé que j'avais intitulé « Le Canada, pays des projets pilotes ». J'en ai brièvement parlé un peu plus tôt. Au fil des années — et aujourd'hui encore — nous avons autorisé la réalisation et financé de si nombreux projets pilotes sur les déterminants sociaux de la santé, que l'on a du mal à y croire. Certains travaux ont été évalués; d'autres ne l'ont pas été. Ils n'ont jamais donné naissance à des politiques et des programmes. Ces projets de recherche sont exclusivement ponctuels. Je ne crois pas exagérer en disant cela, car j'ai hésité pendant de nombreuses années avant d'en parler. Depuis que je me suis exprimée, des gens m'interpellent au cours des réunions sur la santé publique pour me dire que c'est tout à fait vrai. Il y a quelque chose d'anormal. Je soulève également d'autres sujets, par exemple les rapports sociaux entre les sexes.

Lors de la première réunion de la commission à Santiago du Chili, il n'y avait aucun réseau de savoirs consacré aux femmes. Aussi, nous avons exigé la création d'un réseau. Je me souviens encore du visage de notre président, sir Michael Marmot. C'était sa première réunion et il n'avait fréquenté jusque-là que des groupes universitaires, scientifiques ou médicaux. « Vous voulez parler du sexe », m'a-t-il demandé. Je lui ai répondu vivement « Non, je veux parler des femmes ». Cependant, le titre officiel est « Égalité des sexes ».

This slide shows the knowledge networks, and their goal in the middle. The one in green represents the knowledge network. The knowledge networks are not undertaking new research as there is neither the money nor the time for that. They collect all evidence-based and quality-based research, including qualitative research work. They analyze and synthesize it and then give us recommendations. They will publish a lot in the coming months. Their final reports to us are due this March or April. They will be a source that you may want to explore.

Our medicare system, for example, is only one social determinant of health in Canada. Globalization and how it affects health, employment conditions, social exclusion and urban settings — that is, not only the existence of urban slums but also the growth of urban slums, which is absolutely unbelievable — are other determinants. I do not know what kind of recommendation we will make, but I will give you an example of what happened in Nairobi. We spent three hours with their young Minister of Finance. Not lacking in self-esteem, he told us not only that Kenya would continue to grow but also that as soon as it reached 7 per cent growth in GDP in two years, there would be no poverty left in Kenya. I do not know where he lives, but that theory is the trickle-down effect of the World Bank. The trickle-down never reached the poor. It created a middle class but it never reached the poor, who are much more numerous. Their finance minister wants to demolish completely that urban slum of 600,000 people and relocate them far away in new suburbs and provide them with public housing. However, that slum is only one of at least three in Nairobi.

Senator Pépin, you are also from Montreal. Montreal tried to do that with its downtown slums some decades ago and it was a complete failure. We know that public housing is never offered in the quantity needed. It is never ready when the demolition takes place and then we have broken the social fabric of these people. Even if it looks awful, it is obvious that there is a social organization. The modest but remarkable projects we witnessed in Ahmrabad, the city of Ghandi north of Mumbai, in India, when we had our meeting there, are projects under something called the Self Employed Women's Association, SEWA. I thought we would see some small family businesses, but we saw associations of women rag pickers, women street vendors, and so on, who were organized and received their training at the Coady International Institute at St. Francis Xavier University. It is wonderful to hear the good that association does.

We are talking about the most vulnerable and the poorest of the poor, who are living in incredible slums, and villages that are a little better but not much. True co-op concepts, union concepts

Cette diapositive présente un diagramme des réseaux de savoirs dont l'objectif est indiqué au milieu. Le cercle vert représente le réseau de savoirs. Les réseaux de savoirs n'entreprennent pas de nouvelles recherches étant donné que nous ne disposons ni des fonds, ni du temps nécessaire pour cela. Ils réunissent des recherches fondées sur l'expérience et sur la qualité, y compris des recherches qualitatives. Ils les analysent et les synthétisent puis nous présentent des recommandations. Les réseaux feront paraître beaucoup de publications au cours des prochains mois. Ils nous présenteront leurs rapports finals en mars ou avril. Ce seront des documents sur lesquels vous souhaitez peut-être vous pencher.

Notre régime d'assurance-maladie, par exemple, représente seulement un seul déterminant social de la santé au Canada. La mondialisation et son incidence sur la santé, les conditions de travail, l'exclusion sociale et les milieux urbains — c'est-à-dire pas seulement l'existence des quartiers défavorisés, mais également leur incroyable prolifération — sont d'autres déterminants. J'ignore le type de recommandations que nous ferons, mais je peux vous donner un exemple de ce qui s'est produit à Nairobi. Nous avons passé trois heures en compagnie du jeune ministre des Finances du Kenya. Il nous avait affirmé, avec beaucoup d'assurance, que le Kenya poursuivrait sa croissance et que la pauvreté serait totalement éliminée dès que le pays aurait atteint une croissance de 7 p. 100 de son PIB, dans deux ans. Je ne sais pas où il vit, mais il venait de nous citer la théorie des effets de retombées de la Banque mondiale. Or, les pauvres n'ont jamais bénéficié des retombées. Elles ont donné naissance à une classe moyenne mais n'ont jamais atteint les pauvres qui sont beaucoup plus nombreux. Le ministre des Finances veut démolir complètement un bidonville urbain qui abrite 600 000 personnes et déplacer ces dernières dans une nouvelle banlieue où on leur construira des logements sociaux. Cependant, il y a au moins deux autres bidonvilles comme celui-là à Nairobi.

Sénateur Pépin, vous êtes vous aussi de Montréal. Il y a quelques décennies, Montréal avait essayé en vain de se débarrasser des quartiers délabrés du centre-ville. Nous savons qu'il n'y a jamais assez de logements sociaux. Ils ne sont jamais prêts au moment de la démolition, si bien que les habitants de ces quartiers perdent leur tissu social. En effet, même si ces quartiers ont l'air affreux, ils offrent une certaine organisation sociale. Les programmes de logements modestes mais remarquables que nous avons visités à Ahmrabad, la ville de Ghandi, au nord de Mumbai, en Inde, lors de notre réunion là-bas, sont des programmes entrepris par une association qui s'intitule Self Employed Women's Association, SEWA. Je m'attendais à découvrir des petites entreprises familiales, mais nous avons vu plutôt des associations de chiffonniers, de vendeuses ambulantes, et cetera, qui s'étaient constituées et qui avaient obtenu leur formation au Coady international Institute de l'Université St. Francis Xavier. C'était merveilleux de découvrir les résultats qu'obtient cette association.

La population dont je vous parle est la plus vulnérable, la plus pauvre parmi les pauvres, qui vit dans des bidonvilles effroyables ou dans des villages qui ne sont pas beaucoup mieux. Les adeptes

and Ghandi principles have a bottom-up approach that tries to change their lot. They do succeed. There are things to do, but they must mobilize locally. It is extraordinary to see that.

Three knowledge networks are funded by Canada. Two of them are Canadian networks. Early Childhood Development is managed by Dr. Clyde Hertzman — I suppose he will be one of your witnesses; Globalization and Health is the responsibility of Dr. Ron Labonte here in Ottawa at the Institute of Population Health; and the health systems are guided by a South Africa team of researchers with others, of course, but it is funded through the International Development Research Centre, IDRC.

I will finish by borrowing a statement from Professor David Gordon, University of Bristol in the U.K. Roy Romanow was accused that his report spoke only of medicare and not of anything else, especially social determinants. Mr. Romanow then did his homework and adapted this list from David Gordon's work. I think he makes his statement in a way that speaks easily to people: Pick your parents; do not be poor; get a good start in life; graduate from high school; get a job; pick your community; live in quality housing; and look after yourself.

I will finish with this slide. I have many pictures of the slums that I saw but the commission is about this: Social determinants, for any country or any province, is about "What good does it do to treat people's illnesses" — at which we are becoming better by the day, at a huge cost — "then send them back to the conditions that made them sick?"

The Chairman: Thank you very much indeed for enlightening us with this tremendous presentation.

As we move through our hearings, we want to establish what we have on the ground in Canada and then compare successes and failures with other countries of the world. Before I throw the discussion open to the committee, from your observations so far, what examples do you think we could use? Sweden seems successful, as usual, and, of course, there are dismal failures in Sub-Saharan Africa.

Ms. Bégin: I will share with you some personal thoughts on this topic. For all the years I was in National Health and Welfare Canada, Sweden was the perfect country and I was a bit annoyed by it. However, since working in this commission I have realized that all the indicators of the almost ideal situation are present in the Nordic countries, not only Sweden, as a block with some minor variations.

de l'esprit coopératif véritable, des concepts de solidarité et des principes de Ghandi adoptent une démarche ascendante pour tenter d'améliorer leur sort. Et ils y parviennent. Il y a beaucoup de choses à faire, mais ils doivent se mobiliser sur le plan local. C'est extraordinaire de découvrir cela.

Trois réseaux de savoirs sont financés par le Canada. Deux d'entre eux sont des réseaux canadiens. Clyde Hertzman dirige le réseau sur le développement du jeune enfant. Je suppose qu'il viendra témoigner devant vous; le réseau sur la mondialisation et l'égalité en santé relève de la responsabilité de Ron Labonté de l'Institut de recherche sur la santé des populations, ici à Ottawa; et il y a un réseau sur les systèmes de santé animé par une équipe de chercheurs d'Afrique du Sud et d'autres également, bien sûr, mais financés par l'intermédiaire du CRDI, le Centre de recherches pour le développement international.

Je terminerai en citant le professeur David Gordon de l'Université de Bristol, au Royaume-Uni. On a reproché à Roy Romanow de n'avoir abordé dans son rapport que le régime d'assurance-maladie, et rien d'autre, en particulier les déterminants sociaux. M. Romanow a refait son travail et a adapté la liste suivante à partir des recherches de David Gordon. Je pense qu'il s'exprime de manière très claire et facile à comprendre : choisissez vos parents; ne soyez pas pauvres; prenez un bon départ dans la vie; obtenez votre diplôme d'études secondaires; trouvez-vous un emploi; choisissez votre milieu de vie; vivez dans un logement de qualité; prenez soin de vous.

Je terminerai avec cette diapositive. J'ai pris beaucoup de photos de bidonvilles, mais celle-ci illustre bien l'objectif de la commission : dans n'importe quel pays ou province, les déterminants sociaux nous amènent à nous demander « À quoi bon traiter les maladies des gens — chose à laquelle nous excellons de mieux en mieux, moyennant des dépenses exorbitantes — si c'est pour les renvoyer dans la situation qui les a rendus malades? »

Le président : Merci beaucoup de nous avoir présenté cet exposé extraordinaire et très pertinent.

A mesure que progresseront nos audiences, nous souhaitons faire le bilan de la situation au Canada et comparer ensuite nos succès et nos échecs aux résultats obtenus dans d'autres pays du monde. Avant d'ouvrir le débat à tous les membres du comité, j'aimerais vous demander quels seraient, selon vous et les observations que vous avez faites jusqu'à maintenant, les modèles que nous devrions suivre? Comme d'habitude, la Suède semble avoir obtenu de bons résultats et nous connaissons tous, bien entendu, les terribles échecs des pays de l'Afrique subsaharienne.

Mme Bégin : Je vais vous donner mes impressions personnelles sur le sujet. Pendant toutes les années que j'ai passées à Santé nationale et Bien-être social Canada, la Suède était le modèle parfait et cela m'agaçait un peu. Cependant, depuis que je travaille à la commission, j'ai compris que tous les indicateurs révélateurs d'une situation quasi idéale sont présents, pas seulement en Suède, mais dans tous les pays nordiques, avec quelques légères variations.

For years, when speaking in the United States about medicare or the health care system, I would start by saying, "Canada is the Sweden of the Americas." I was sure of myself because I had always heard when I was minister how great we were. I remember working with Senator Callbeck when she was Minister of Social Affairs of P.E.I. I was also minister of welfare so I knew social security as well. We always speak of our safety net. I said that in honesty. Recently, I checked the April 2006 report of OECD on the percentage of total expenditures on what can be called social security in countries of the North, including in the first column what we would call social welfare — social assistance and social services. There we have unemployment, education, training, and one or two more categories. Health is not in that report.

Health Canada for years has found itself in the five countries at the top of the pack in the percentage of total expenditures on health, private and public. We are below or around ten per cent of GDP. One year, we may be second or third. These countries are France, Switzerland, Sweden, Germany and then us. Everyone accepts the United States at 15 per cent, and it does not have a health system; it has a patchwork.

That is our situation. I assumed we would be in the same kind of ranking when it comes to social spending or social security in the broad sense. When studying these columns of figures, I decided not to use education or unemployment insurance because every country is average, so I concentrated on the social security system, meaning social services and welfare assistance, what we call social security usually. To my shock, Canada is just above the United States as the worst of all the western world countries. I did not know we were that cheap.

What triggered my personal research was a text I discovered from Dr. Carolyn Tuohy, the Vice-President of Research at the University of Toronto, a political scientist of great reputation. One of her books from at least ten years ago, which I discovered recently, asks a key question: Why has Canada been so generous towards its health care system, et cetera, and so cheap and mean historically vis-à-vis social security? I thought she did not know what she was talking about. I was insulted. However, I realized that she knew what she was talking about and I did not.

I know that the term "welfare state" has become almost a dirty word for the past 25 years in terms of ideologies. I know that programs did not deliver what was expected. In general, welfare programs were cut dramatically in many countries, including ours. However, I learned through the commission of recent new research taking place right now that is looking at a correlation between good workable so-called welfare programs and the best health outcomes. I think welfare is going in that direction. I am answering your question in terms of where my personal quest is

Pendant des années, lorsque je parlais aux États-Unis de notre régime d'assurance-maladie ou de notre système de soins de santé, je commençais par dire « Le Canada est la Suède de l'Amérique ». J'étais convaincue de ce que je disais, puisque lorsque j'étais ministre, j'avais toujours entendu vanter nos réalisations. Je me souviens d'avoir collaboré avec le sénateur Callbeck lorsqu'elle était ministre des Affaires sociales de l'Île-du-Prince-Édouard. Étant moi-même ministre du Bien-être social, je savais ce qu'était la sécurité sociale. Nous parlons toujours de nos mesures de protection sociale. Je m'exprimais en toute sincérité. Récemment, j'ai vérifié le rapport publié par l'OCDE en avril 2006 faisant état du pourcentage des dépenses totales en matière de sécurité sociale dans les pays du Nord. La première colonne est consacrée à ce que nous appelons le bien-être social — assistance sociale et services sociaux. Ces services regroupent l'assurance-chômage, l'éducation, la formation et une ou deux autres catégories. La santé n'est pas incluse dans ce rapport.

Pendant des années, le Canada a figuré parmi les cinq pays consacrant le plus grand pourcentage de leurs dépenses totales aux services de santé, privés et publics. Nous nous situons légèrement en dessous ou autour de 10 p. 100 du PIB. Selon les années, le Canada peut être deuxième ou troisième. Ces cinq pays sont la France, la Suisse, la Suède, l'Allemagne et nous. Tout le monde accepte les États-Unis à 15 p. 100 et pourtant, c'est un pays qui n'offre pas un régime d'assurance-maladie universel, mais un système morcelé.

Voilà notre situation. Je suppose que nous nous situons au même rang pour ce qui est des dépenses sociales ou de sécurité sociale en général. En étudiant ces colonnes de chiffres, j'ai décidé de ne pas m'arrêter aux chiffres concernant l'éducation ou l'assurance-chômage, étant donné que tous les pays se situent à un niveau moyen, et j'ai décidé de me concentrer sur le régime de sécurité sociale, c'est-à-dire les services sociaux et le bien-être social, ce que nous appelons de manière générale la sécurité sociale. À ma grande surprise, le Canada se situe juste au-dessus des États-Unis, parmi les pires pays du monde occidental. Je ne savais pas que nous étions si peu généreux.

J'ai été incitée à effectuer cette recherche personnelle après avoir découvert un texte de Carolyn Tuohy, politologue de renom, vice-présidente de la recherche à l'Université de Toronto. Dans un de ses livres écrits il y a une dizaine d'années mais que j'ai découvert récemment, elle pose une question fondamentale : pourquoi le Canada s'est-il montré si généreux vis-à-vis de son régime d'assurance-maladie, et cetera, et si mesquin en matière de sécurité sociale au cours de son histoire? Au départ, j'ai pensé qu'elle ne savait pas de quoi elle parlait. J'étais insultée. Pourtant, j'ai découvert que c'est moi qui ne savais pas de quoi je parlais.

Je sais que l'expression « État providence » est devenue pratiquement taboue depuis 25 ans dans les idéologies. Je sais que de tels programmes n'ont pas produit les résultats escomptés. De façon générale, de nombreux pays, y compris le nôtre, ont réduit considérablement leurs programmes de bien-être social. Cependant, j'ai entendu parler, dans le cadre de mes travaux à la commission, de nouvelles recherches qui visent actuellement à établir la corrélation entre les programmes fiables de bien-être social et les meilleurs résultats en matière de santé. Je pense que le

taking me right now. I have identified the Nordic countries. Second, there is the U.K., where the outcomes are only starting to be a little better. The U.K. has done tremendous work on social determinants of health. Canada is working with the U.K. in that area. The Public Health Agency has developed workable so-called inter-sectorial approaches, because there is almost no point talking to a minister of health of social determinants of health because every department functions in a silo. There are millions of inter-departmental committees. I was on the committees as a civil servant and as a minister. In general, I am sorry to say they do not deliver. There is no power to deliver. They speak a lot but do not deliver.

We need inter-sectorial mechanisms, which are often called whole-of-government approaches, that will go horizontally across the ministries needed to work together.

Senator Eggleton: This meeting is our first. I want to recognize you, Mr. Chairman, for having launched us on this journey. It will be most interesting and I hope the study and the results that come from it will be productive for the people of Canada ultimately. I am excited about what I am hearing so far.

Madam Commissioner, professor, thank you for coming and sharing your vast knowledge with us on this subject to get us off to a good start.

In your slide presentation, the Whitehall I and Whitehall II studies in the U.K., slides seven and nine appear to be contradictory. Slide seven reads:

The general assumption was that individuals with big jobs and big responsibilities are those prone to cardiac accidents.

On page nine it reads:

People at the bottom of the hierarchy had a higher risk of heart attacks. The lower you were in the hierarchy, the higher the risk.

The first message suggests that stress is a big issue; the second one indicates the issue is poverty. Can you comment on those differences?

Ms. Bégin: I developed my slides from different documents I work with and I am sorry if I am not clear. It is obvious I have not been clear.

Michael Marmot and his team started with the general assumption that individuals with big jobs have heart attacks: That was the hypothesis. Their study showed the opposite. That is what I did not express clearly. The study showed that it is people at the bottom in small jobs that have — I am lost in my slides now.

bien-être social évolue dans cette direction. Je réponds à votre question avec les éléments que me fournit actuellement ma quête personnelle. J'ai parlé des pays nordiques. Il y a ensuite le Royaume-Uni qui commence à obtenir des résultats un peu meilleurs. Le Royaume-Uni a fait un excellent travail sur le plan des déterminants sociaux de la santé. Le Canada collabore avec le Royaume-Uni dans ce domaine. L'Agence de santé publique a mis au point des programmes fiables que l'on appelle approches intersectorielles, car il est inutile de parler de déterminants sociaux de la santé à un ministre de la Santé, étant donné que tous les ministères fonctionnent en silo. Il y a des millions de comités interministériels. J'ai siégé à de nombreux comités à titre de fonctionnaire et de ministre. J'ai le regret de dire que de manière générale, ils ne produisent pas beaucoup de résultats. Ils n'ont pas le pouvoir nécessaire pour agir. Dans un comité, on parle beaucoup, mais l'action est limitée.

Nous avons besoin de mécanismes intersectoriels que l'on qualifie souvent d'approches pangouvernementales, car elles réunissent horizontalement tous les ministères dont l'intervention est nécessaire.

Le sénateur Eggleton : C'est notre première séance. Je tiens à vous remercier, monsieur le président, de nous avoir lancés dans une telle entreprise. Nos travaux seront des plus intéressants et j'espère que l'étude et les résultats qui en découleront seront, en bout de ligne, productifs pour la population du Canada. Je suis très intéressé par ce que j'ai entendu jusqu'à présent.

Madame la commissaire, professeur, merci d'être venue partager avec nous vos vastes connaissances sur ce sujet, afin de nous aider à prendre un bon départ.

Dans votre présentation audiovisuelle, les diapositives sept et neuf consacrées aux études Whitehall I et Whitehall II au Royaume-Uni paraissent contradictoires. En effet, on peut lire ceci sur la diapositive numéro sept :

L'hypothèse générale était que les particuliers qui avaient de bons emplois et de grosses responsabilités seraient les plus enclins aux accidents cardiaques.

Sur la diapositive neuf, on peut lire :

Les gens au bas de la hiérarchie courent davantage de risques de souffrir de crises cardiaques. Plus vous êtes au bas de la hiérarchie, plus le risque est élevé.

Si l'on en croit le premier message, le stress est un facteur important; dans le deuxième message, il semble que ce soit la pauvreté. Pouvez-vous commenter ces points de vue divergents?

Mme Bégin : Je me suis inspirée de différents documents pour réaliser mes diapositives et je suis désolée si le message n'est pas clair. Il est évident qu'il y a là un manque de clarté.

Michael Marmot et son équipe ont pris pour hypothèse de départ que les personnes qui ont des emplois importants sont enclins aux accidents cardiaques : c'était leur hypothèse générale. Or, leurs recherches ont démontré le contraire. C'est ce que je n'ai pas indiqué de manière assez claire. Leur étude a montré que ce sont les gens qui occupent des emplois au bas de la hiérarchie — voilà que je me perds dans mes diapositives.

Senator Eggleton: Seven and nine are the two slides.

Ms. Bégin: Yes, that is it.

Senator Eggleton: They started with one assumption and the study found something else.

Ms. Bégin: The first assumption is still repeated regularly by many people who do not know. It is a cliché. We say that and we really think that.

Senator Eggleton: It is a popular belief, yes

Ms. Bégin: That is it.

Senator Eggleton: There is a wide range of social determinants: education, working conditions, the physical environment, income and social status, all of these things. However, having listened to your presentation and having gone through the materials, if I had to sum up in one word what the biggest single determinant is, I would say poverty. Perhaps I am stating the obvious or maybe it is not that easy to put into one word, but I would like your comment about that. Also, do you have a hierarchy of determinants?

Ms. Bégin: I was afraid somebody would ask me that.

Senator Eggleton: Sorry.

Ms. Bégin: I asked that myself, in terms of our recommendations. We do not want 300 recommendations that everyone forgets, so how do we prioritize?

I do not have an answer in terms of the relative importance. I am the daughter of an engineer so part of my mind asks if we have one engine powerful enough to start the others and put things into motion but I do not know which determinant it is.

I have also been a teacher in my life so there are days when I think that early childhood development is a key investment, even before poverty, because it crosses all social classes, and in a way it can negate the effects of poor social class. However, I do not know if a hierarchy exists and you will speak to researchers on that who will know more than me.

I sent a recent text by Michael Marmot to your chair. It was published in *The Lancet* and tries to conceptualize the link between all the various social determinants. Poverty is the one I think of first, but if I do that, I negate that something can be started immediately. That is why I think of early childhood development.

Historically, free universal education has been extraordinary. The president of Kenya told us himself in July that, almost two years ago, he suddenly abolished user fees for primary education. That September, a million and a half additional kids registered in school, mostly girls. That tells us a lot.

Le sénateur Eggleton : Ce sont les diapositives sept et neuf.

Mme Bégin : Oui, ça y est.

Le sénateur Eggleton : L'étude n'a pas confirmé leur hypothèse de départ mais a démontré autre chose.

Mme Bégin : L'hypothèse générale continue d'être reprise continuellement par des gens qui ne savent pas. C'est un cliché. On le dit et on continue à en être convaincu.

Le sénateur Eggleton : C'est une croyance populaire, en effet.

Mme Bégin : Exactement.

Le sénateur Eggleton : Les déterminants sociaux sont nombreux : éducation, conditions de travail, environnement physique, revenu, statut social, et j'en passe. Cependant, après avoir entendu votre exposé et consulté votre documentation, s'il fallait en retenir un seul, pourrait-on dire que la pauvreté est le déterminant le plus fort? C'est peut-être une évidence ou peut-être est-il difficile de résumer cela en un seul mot, mais j'aimerais entendre votre point de vue à ce sujet. Par ailleurs, avez-vous classé les déterminants par ordre d'importance?

Mme Bégin : J'appréhendais cette question.

Le sénateur Eggleton : Je suis désolé.

Mme Bégin : Je me suis moi-même posé la question au sujet des recommandations. Nous ne voulons pas présenter 300 recommandations que les gens oublieront, alors comment les classer par ordre de priorité?

Je ne sais quoi vous répondre pour ce qui est de leur importance relative. Comme je suis fille d'ingénieur, je me dis que si nous avons un moteur suffisamment puissant, nous parviendrons à mettre les autres en mouvement, mais je ne sais pas quel est le déterminant qui nous permettra de le faire.

J'ai aussi été enseignante et il y a des jours où je pense qu'il faudrait vraiment commencer par mettre l'accent sur le développement des jeunes enfants, avant même la pauvreté, car c'est une dimension commune à toutes les classes sociales qui pourrait, dans un sens, annuler les effets de la pauvreté dans les classes sociales défavorisées. Cependant, je ne sais pas si on peut établir une hiérarchie. Vous poserez la question à des chercheurs qui en sauront plus que moi là-dessus.

J'ai fait parvenir récemment à votre président un texte de Michael Marmot publié dans *The Lancet*. Dans ce document, il tente de conceptualiser le lien entre les divers déterminants sociaux. La pauvreté est celui qui me vient tout d'abord à l'esprit, mais privilégier cette dimension, c'est refuser de passer immédiatement à l'action. C'est pourquoi j'ai pensé au développement du jeune enfant.

On a pu constater, à travers l'histoire, que l'éducation gratuite et universelle a eu un effet extraordinaire. Le président du Kenya nous a dit lui-même en juillet qu'il avait décidé, il y a près de deux ans, d'éliminer les frais d'inscription aux écoles primaires. En septembre suivant, un million et demi d'enfants supplémentaires, surtout des filles, s'inscrivaient à l'école. Cela en dit long.

The Minister of Health in Kenya is a colleague of mine in the commission and we visited the community clinic. It was modest, dirty and tiny in the slums of Kibera. People pay for community clinics, which include maternal health, reproductive health and all of that; they must pay a user fee. I did not like the Minister of Finance of that country and I told her to consider that it costs more to collect the user fees than it brings to the treasury. It is a deterrent, even if, for us, it looks like peanuts. All those questions come to mind and I do not know the answer.

In Canada, I asked myself when I started, where are the poorest of the poor? I am talking poor health outcomes that are avoidable. Of course, it is First Nations Aboriginal health. It is in pockets of urban poverty across the country and, of course, those pockets are now invisible. They are not like Kibera. They are totally invisible. We do not want to think of it.

I think there are pockets in rural parts of the country, but I am not familiar enough with that so I cannot answer you.

Senator Eggleton: Do you have time for one more question?

Ms. Bégin: May I say one thing? Historically, we were told several times that investing in women — that is a terrible expression — but investing in programs, education, et cetera, have made social changes in many parts of the world.

Senator Eggleton: Both you and I have served at the cabinet table: you in the Trudeau government and myself in the Chrétien government. My first portfolio in the Chrétien government was the Treasury Board. I went in thinking I would create horizontal links across departments. I think I was as frustrated as anyone else who has attempted to do that. As you commented in your opening presentation, the system is a silo one here, which is advanced also by the Parliamentary tradition of ministerial accountability. It strikes me that it is one of the difficult things to do, but it must be done to deal with these wide ranges of determinants —

Ms. Bégin: I could not agree more.

Senator Eggleton: Silos must be dealt with because the health department does not do social services or education; social determinants of health are all over the place. They are not only at the federal level, but at the provincial level as well.

Do you have any further wisdom as to how we might overcome that?

La ministre de la Santé du Kenya est une de mes collègues à la commission. Nous avons visité ensemble la clinique communautaire, un établissement modeste, sale et minuscule dans les bidonvilles de Kibera. Les cliniques communautaires offrent des services de santé maternelle, des services de santé de la reproduction et autres services qui sont tous payants. Je n'aimais pas le ministre des Finances de ce pays et je lui ai dit que la collecte des frais modérateurs coûte plus cher qu'ils ne rapportent au Trésor public. C'est une mesure dissuasive, même si, pour nous, elle paraît dérisoire. Voilà toutes sortes de questions qui viennent à l'esprit et dont je ne connais pas la réponse.

Lorsque j'ai commencé ma réflexion, je me suis demandé où se trouvaient les plus pauvres d'entre les pauvres au Canada. Je veux parler de facteurs de mauvaise santé que l'on pourrait éviter. Comme on pouvait s'y attendre, les plus mal lotis sont des membres des Premières nations. Il existe des foyers de pauvreté urbaine partout dans le pays et, bien entendu, ces foyers sont désormais invisibles. Ce n'est pas comme à Kibera. Ils sont totalement invisibles. On ne veut pas y penser.

Je crois qu'il existe aussi des foyers de pauvreté dans certaines régions rurales du pays, mais je ne connais pas suffisamment la situation pour vous en parler.

Le sénateur Eggleton : Avez-vous le temps pour une autre question?

Mme Bégin : Permettez-moi d'ajouter un commentaire. Au fil des années, on nous a dit et répété qu'en investissant dans les femmes — quelle expression affreuse — en investissant dans des programmes, dans l'éducation, et cetera, on était parvenu à provoquer des changements sociaux dans de nombreuses parties du monde.

Le sénateur Eggleton : Vous et moi avons tous deux servi au Cabinet : vous dans le gouvernement Trudeau et moi-même dans le gouvernement Chrétien. Mon premier portefeuille dans le gouvernement Chrétien fut le Conseil du Trésor. Lors de mon entrée en fonction, j'avais dans l'idée de créer des ponts entre les ministères. Je pense que je me suis heurté aux même écueils que tous ceux qui ont tenté de le faire. Comme vous l'avez dit dans votre exposé, nous avons affaire à un système de silos qui est renforcé également par la tradition parlementaire de la responsabilité ministérielle individuelle. Je constate que c'est une chose très difficile à accomplir et pourtant, il faut le faire si nous voulons prendre en compte toute la gamme des déterminants...

Mme Bégin : Vous prêchez à une convertie.

Le sénateur Eggleton : Il faut vraiment se débarrasser des silos, parce que le ministère de la Santé n'offre pas de services sociaux ni de services d'éducation; or, les déterminants sociaux de la santé sont partout. Pas seulement au niveau fédéral, mais également à l'échelon provincial.

Avez-vous d'autres idées sur la façon de surmonter cet obstacle?

Ms. Bégin: I think you may want to speak with Morris Rosenberg, Deputy Minister of Health Canada, who chairs a committee of deputy ministers that could be called ministers of social determinants, if I understand correctly. That format did not exist in my time. That is one possibility.

I think you have already invited Dr. Sylvie Stachenko, who is one of the number twos of the Public Health Agency of Canada. The public health agency, if I remember well, together with the U.K. and Sweden is working on a project of identifying the best intersectoral approaches. You may want to contact Dr. Stachenko and Mr. Rosenberg. They may be of some help.

Senator Nancy Ruth: With respect to these two diagrams, my question is around the place of race.

Ms. Bégin: Yes, that is well said. We speak of it all the time but we did not identify it as a social determinant of health. It is one of the key factors behind the expression, "social exclusion." A remarkable team is in charge of that knowledge network. In our work, I would say almost that the most important factor of social exclusion is race. However we did not write these words. They were presented to us.

Senator Nancy Ruth: Gender does not exist in this network?

Ms. Bégin: Absolutely.

Senator Nancy Ruth: I am so sorry.

Ms. Bégin: We forced the creation of that network because it could have been buried under social exclusion, and that is wrong because it would have included so many huge subgroups of the population. The commission is definitely extremely sensitive. Race applies to the Canada of today, by the way, as a socially negative or positive determinant of health.

Senator Nancy Ruth: In the Whitehall and Black studies, can I assume in the Black studies, which was the earlier study and the research covered all of Britain, that the study dealt with race?

Ms. Bégin: I do not recall.

Senator Nancy Ruth: In the Whitehall study of male civil servants 20 years ago, would the subjects have been predominantly white?

Ms. Bégin: Whitehall also has women in it. I am sorry, I do not recall right now.

Senator Nancy Ruth: Would the Canadian Women's Health Network have anything to contribute to this study on population health, in your opinion?

Ms. Bégin: The so-called health systems knowledge network from South Africa is headed by two women professors, and they have worked constantly with the knowledge networks on globalization and women and gender, the three together. I do

Mme Bégin: Je pense que vous devriez parler à Morris Rosenberg, sous-ministre de Santé Canada, qui préside un comité de sous-ministres que l'on pourrait appeler les ministres des déterminants sociaux, si j'ai bien compris. Une telle structure n'existait pas à mon époque. C'est une possibilité.

Je crois que vous avez déjà invité Mme Sylvie Stachenko qui est un des deux sous-administrateurs en chef de l'Agence de santé publique du Canada. Si je me souviens bien, l'Agence de santé publique travaille, en relation avec le Royaume-Uni et la Suède, à un projet visant à définir les meilleures approches intersectorielles. Vous pourrez prendre contact avec Mme Stachenko et M. Rosenberg. Ils pourraient vous être utiles.

Le sénateur Nancy Ruth: Dans ces deux diagrammes, je me demande où l'on a classé la race.

Mme Bégin: Voilà qui est bien dit. Nous en parlons tout le temps, mais nous ne considérons pas la race comme un déterminant social de la santé. C'est un des éléments importants regroupés sous la rubrique « Exclusion sociale ». Ce réseau de savoirs a été confié à une équipe remarquable. D'après nos travaux, je dirais presque que la race est le facteur le plus important d'exclusion sociale. Cependant, nous n'avons pas rédigé ce texte. Il nous a été fourni.

Le sénateur Nancy Ruth: Ce réseau ne traite pas des relations entre les sexes?

Mme Bégin: Bien sûr que si!

Le sénateur Nancy Ruth: Excusez-moi.

Mme Bégin: Nous avons exigé la création de ce réseau parce que sinon, les relations entre les sexes auraient été noyées dans le réseau consacré à l'exclusion sociale, ce qui aurait été négatif parce qu'il aurait réuni un si grand nombre de sous-groupes énormes de la population. La commission est assurément extrêmement sensible à ce sujet. En passant, la race se présente comme un déterminant social de la santé négatif ou positif dans le Canada actuel.

Le sénateur Nancy Ruth: Les études de Whitehall et de Black, et je suppose surtout l'étude de Black qui était antérieure et qui a porté sur l'ensemble de la Grande-Bretagne, ont-elles tenu compte de la race?

Mme Bégin: Je ne m'en souviens pas.

Le sénateur Nancy Ruth: L'étude de Whitehall consacrée aux fonctionnaires masculins il y a 20 ans, portait essentiellement sur des sujets de race blanche?

Mme Bégin: Il y avait aussi des femmes dans l'étude de Whitehall. Je suis désolée, je ne m'en souviens pas pour le moment.

Le sénateur Nancy Ruth: À votre avis, le Réseau canadien pour la santé des femmes pourrait-il apporter quelque chose à cette étude sur la santé de la population?

Mme Bégin: Le réseau de savoirs sur les systèmes de santé d'Afrique du Sud est dirigé par deux enseignantes qui collaborent régulièrement avec les réseaux de savoirs sur la mondialisation et les femmes et les relations entre les sexes. Je ne sais pas comment

not know how to explain that interaction. It will show through their various reports that will come out in a few months. I can only assure you that the answer is yes.

Senator Nancy Ruth: I was curious, in the Vancouver meeting in June, is it possible for two or three of us to observe your meeting?

The Chairman: We will discuss that in camera.

Ms. Bégin: I would love to have people of civil society from here and from there, now that we are in Canada. By the way, the accent will be on Aboriginal health, and on aging also. A piece was done for us by the Americans on aging, but other discussions will be held as well.

I would love it.

Senator Nancy Ruth: Besides knowing how to change the World Bank, I have one more question. I was in Colombia in November and they told me that \$30 million is transferred from North America to Colombia, and it effectively pays for health care and education. In the study that your group is doing, will you deal with the issue of remittances from new Canadians, back to their countries of origin?

Ms. Bégin: I am not sure I understand.

Senator Nancy Ruth: Remittances are monies sent back by, say, a new Canadian, from Colombia, to their family there, which are used for health and education. It seemed like a lot of the health and education system was being funded by our economics.

Ms. Bégin: I am almost sure that Ron Labonte and Ted Schrecker who head the Knowledge Network on globalization have that information. I am reading so many things at once that I do not recall the source. It is covered. This is just the first presentation. Maybe you want to speak to me later on when we have done more work.

[Translation]

Senator Pépin: You tell us to make a distinction between health inequality and inequity. Does it mean that in choosing a population health approach we should make the commitment to develop a social justice dimension in our report?

Ms. Bégin: This is going to put me even more in hot water since this is a question of choice. Inequality, as I defined it after various documents and readings, is a reality of life that is measurable, observable and backed by evidence.

Once inequality has been observed, people have to decide whether it ends there or whether they want to move and do something. It is as simple as that. Your committee will decide. And this choice is fundamental, an individual choice, a choice by the committee in this case, a choice by government. This is why I call it a moral category. In my view, it is of no use to study inequalities if this effort does not lead to valuable conclusions.

expliquer cette interaction qui se révélera par l'intermédiaire des divers rapports qu'ils feront paraître dans quelques mois. Je peux simplement vous répondre par l'affirmative.

Le sénateur Nancy Ruth : J'aimerais savoir si deux ou trois personnes de notre comité pourraient prendre part à votre réunion à Vancouver, en juin, à titre d'observateurs?

Le président : Nous en parlerons à huis clos.

Mme Bégin : Je serais ravie d'accueillir des membres de la société civile d'ici et de là-bas, puisque nous nous rencontrons au Canada. En passant, les thèmes seront la santé des Autochtones et le vieillissement. Les Américains vont nous parler du vieillissement, mais il y aura également d'autres débats.

J'en serais ravie.

Le sénateur Nancy Ruth : Mise à part la façon de modifier les politiques de la Banque mondiale, j'aimerais vous poser une autre question. J'étais en Colombie au mois de novembre et j'ai appris que 30 millions de dollars transitent d'Amérique du Nord vers la Colombie et que cet argent sert à payer les soins de santé et l'éducation. Au cours de l'étude que réalise votre groupe, allez-vous vous pencher sur la question des envois de fonds des immigrants nouvellement installés au Canada, à leur famille dans leur pays d'origine?

Mme Bégin : Je ne suis pas certaine de bien comprendre.

Le sénateur Nancy Ruth : Il s'agit de l'argent qu'un Néo-Canadien originaire disons, de Colombie, renvoie aux membres de sa famille restée là-bas pour qu'ils puissent payer leurs soins de santé et leur scolarité. Il semble qu'une grande partie des systèmes de santé et d'éducation sont financés par notre économie.

Mme Bégin : Je suis certaine que Ron Labonté et Ted Schrecker qui dirigent le réseau de savoirs sur la mondialisation pourront vous renseigner à ce sujet. Je lis tellement de documents en même temps que je ne me souviens pas de la source. Nous avons des renseignements à ce sujet. Ce n'est que la première intervention. Vous souhaitez peut-être me poser la question à nouveau lorsque nous aurons progressé dans nos travaux.

[Français]

Le sénateur Pépin : Vous nous indiquez une distinction à établir entre l'inégalité et l'iniquité en santé. Est-ce que cela signifie qu'en adoptant une approche de la santé de la population nous devons absolument prendre l'engagement d'élaborer une optique de justice sociale dans notre rapport?

Mme Bégin : Cela va me mettre dans l'eau bouillante encore plus parce que c'est une question de choix. L'inégalité, comme je l'ai définie d'après les documents et les nombreuses recherches, est un fait de la vie mesurable, observable et démontrable.

Une fois établie l'inégalité, c'est aux gens de décider si le travail est terminé ou s'il mène à une action. C'est aussi simple que cela. Ce sera le choix de votre comité. C'est un choix fondamental, un choix d'individu, un choix de comité dans ce cas-ci, un choix de gouvernement. C'est pourquoi j'ai appelé cela une catégorie morale. Il ne sert à rien, à mon avis, d'étudier les inégalités si on n'en tire pas les conclusions qui s'imposent.

In recent years, I think we have witnessed a historical movement initiated by the powerful people of this world — including the private sector, people like Bill Gates and others — such as the World Bank and the G8.

They are going to discuss Africa, but the Millennium Development Goals Report has created a movement requiring the United Nations to reach eight goals, and we signed this document. The focus is on development, but there is no development without health and no health without development. Also, Jeff Sax, a great economist, is the author of the Sax Report on Health and Development for the World Health Organization.

However, you will decide by yourselves. We found that he focussed more on the link between poverty and health. We preferred to broaden the definition of health rather than restricting it to its medical aspect. In any case, those are fundamental studies that you would probably want to examine.

Senator Pépin: Medical health comes to mind first when we discuss the subject of health, but we have to adopt a broader view in order to deal with population health, and take global actions.

Ms. Bégin: It remains a matter of choice, but I have made mine.

[English]

Senator Munson: Good afternoon. Being in the Senate is an education every hour. This report is fascinating.

I was struck by your last slide, “What good does it do to treat people’s illnesses, then send them back to the conditions that made them sick?” I was struck by what Senator Eggleton said about silos versus horizontal links.

As a reporter, I covered and wrote the story on Davis Inlet. I thought I was doing something to sensitize Canadians to a people’s cry and anguish. There were different kinds of sickness, from children sniffing gas to psychological illnesses to isolation. Yet, as a society, we fast-forward about ten years and we move these people to another place on the mainland in Labrador. They are not on an island. It seems to me we are treating the situation in silos, because we now see the same things happen again.

I feel that, as governments and as a society, we failed again because we still are not using the holistic approach to address what is happening in our isolated communities. Do you have any views on that, and any recommendations on how we treat that sort of thing? It is bigger than the one picture of a child sniffing gas.

Ms. Bégin: Yes, I saw that situation in Winnipeg when I was minister. We dealt with pharmacists at the time, and asked them to put all the hair products, and others, on much

Je pense vraiment qu’il y a un moment historique qui se passe ces dernières années où sont en jeu les grands de ce monde — incluant le secteur privé, comme par exemple Bill Gates, entre autres — tels la Banque mondiale et le G8.

Ils vont parler d’Afrique, mais il reste qu’un mouvement a été créé par le document des objectifs du Millénaire pour le développement qui oblige les Nations Unies, dont nous sommes signataire, à atteindre huit buts. L’accent est porté sur le développement, mais le développement sans la santé ou la santé sans le développement ne peut pas fonctionner. Également, Jeff Sax, un grand économiste, a produit le rapport Sax sur la santé et le développement pour l’Organisation mondiale de la Santé.

Ceci étant dit, vous jugerez par vous-mêmes. Nous avons trouvé qu’il a plutôt parlé de pauvreté et de santé. Nous, nous avons élargi la définition de santé qui a une connotation très médicale. Ce sont toutefois des travaux fondamentaux que vous voudrez probablement connaître.

Le sénateur Pépin : Quand on parle de santé, il y a évidemment la santé médicale, mais dans l’ensemble, par rapport à une santé de population, il faut aussi quelque chose, il faut agir dans l’ensemble.

Mme Bégin : Cela demeure une question de choix, mais le mien est fait.

[Traduction]

Le sénateur Munson : Bonjour. Au Sénat, on ne cesse jamais d’apprendre. Ce rapport est fascinant.

J’ai été frappé par votre dernière diapositive comportant la légende suivante : « À quoi bon traiter les maladies des gens si c’est pour les renvoyer dans la situation qui les a rendus malades? » J’ai été frappé par ce que le sénateur Eggleton a dit au sujet des silos par opposition aux liens horizontaux.

En ma qualité de journaliste, j’ai fait des reportages sur Davis Inlet. Je pensais avoir contribué à sensibiliser les Canadiens au cri de détresse de ce peuple souffrant de nombreux troubles différents, des enfants qui respiraient de l’essence aux maladies psychologiques dues à l’isolement. Et pourtant, en tant que société, dix ans plus tard, nous avons réinstallé la population de Davis Inlet sur le continent du Labrador. Elle n’est plus sur une île. Il me semble que nous ayons traité cette situation selon une approche de silo, puisque nous voyons actuellement surgir les mêmes problèmes.

En tant que gouvernements et en tant que société, je pense que nous avons encore échoué, parce que nous n’appliquons pas une approche globale pour remédier à la situation dans nos collectivités isolées. Quel est votre point de vue à ce sujet et avez-vous des recommandations à présenter relativement à la marche à suivre pour régler un tel problème? Le problème dépasse de beaucoup celui des jeunes qui respirent des vapeurs d’essence.

Mme Bégin : Oui, j’ai connu ce type de situation à Winnipeg, lorsque j’étais ministre. À l’époque, nous avons demandé aux pharmaciens de placer tous les produits pour les soins des cheveux

higher shelves: those products that Aboriginal kids in downtown Winnipeg were sniffing.

One word of what you said remains with me as a critical challenge in Canada. You said, "I thought I was doing something to sensitize" the readers to situations x, y, and z.

The situations described are not the usual cancer or obvious medical situations. They are health situations but they are not captured when we speak of medicare.

For me, a major challenge in Canada is to make the public take ownership: understand, believe and take ownership of a situation of poverty and social exclusion that is unacceptable in one of the richest countries of the world.

When we took the train from Ottawa to Montreal, we used to go through St. Henri. I have been both a student and a teacher there. St. Henri was an extremely poor district of Montreal. It is almost completely gentrified now. Senator Eggleton, you have been mayor of Toronto. You know how we pushed public housing out of Jane and Finch, or wherever. We gentrified the downtown. We do not see poverty. Canadians do not want to know that there is poverty.

I will be even more critical, if I may. I will say that we did a great service to all Canadians by putting our fiscal financial house in order in 1995. We had to do it but there is no doubt that we did it on the backs of the poor. I am sorry but it is crystal clear. All the payments that disappeared, were cut or reduced were in social assistance. Someone will say, it was not us, it was the provinces. It was us.

Senator Munson: In terms of my question, is there a better approach to dealing with this kind of issue? If there was a decade of darkness in 1995, the decade of darkness was on the backs of the poor, not on the military. I am talking about today.

Ms. Bégin: I would be Prime Minister if I knew the answer. I am sorry. I think you should ask those who know the concrete ways of today's world. I have been in charge of the health of First Nations and Inuit for eight years. At the time, we did not recognize Metis populations. Of course, the isolation and economic situation is what stops us. It is the first barrier. We do not know what can be done to help.

I wanted to have Inuit and Aboriginal, First Nations, health professionals of all kinds. The last legislation I tabled and won in the House of Commons, in June 1984, was the Indian and Inuit health carrier programs. Now we have physicians, for example, Dr. Jeff Redding, who heads the Institute for Aboriginal People's Health of the Canadian Institutes of Health Research. We have wonderful people — not enough, but it has started. I am only talking health. These people are all open to social determinants because they know.

et autres, sur des étagères plus hautes, parce que les jeunes Autochtones du centre-ville de Winnipeg utilisaient ces produits pour en inhaler les vapeurs.

Un de vos commentaires me paraît décrire le défi important qui se pose au Canada. Vous avez dit « Je pensais avoir contribué à sensibiliser » mes lecteurs à telle et telle situation.

Il ne s'agit pas ici des cas habituels de cancer ou d'autres maladies connues. Il s'agit de troubles de la santé qui ne sont pas pris en compte par le régime de soins de santé.

Pour moi, la population canadienne doit accepter le défi important suivant : le public doit comprendre et accepter que la pauvreté et l'exclusion sociale sont inacceptables dans un des pays les plus riches du monde.

Autrefois, quand on prenait le train pour aller d'Ottawa à Montréal, on passait par Saint-Henri. C'est un quartier extrêmement pauvre de Montréal où j'avais été étudiante et enseignante. De nos jours, Saint-Henri s'est presque complètement embourgeoisé. Sénateur Eggleton, vous avez été maire de Toronto. Vous savez que nous avons évacué les logements sociaux du secteur Jane et Finch et d'ailleurs. Nous avons embourgeoisé le centre-ville. Nous ne voyons pas la pauvreté. Les Canadiens ne veulent pas voir la pauvreté.

Si vous le permettez, je pousserai encore plus loin ma critique. Nous avons rendu un grand service à l'ensemble de la population canadienne en mettant de l'ordre dans nos finances en 1995. Il fallait le faire, mais il ne fait aucun doute que nous l'avons fait sur le dos des pauvres. Je regrette de le dire, mais cela me paraît clair. Tous les versements qui ont été éliminés ou réduits concernaient le domaine de l'assistance sociale. Certains prétendront que ce n'était pas nous mais les provinces. En fait, c'était nous.

Le sénateur Munson : Pour revenir à ma question, est-ce qu'il y a une meilleure approche pour remédier à ce genre de situation? La période sombre que nous avons traversée à partir de 1995, ce ne sont pas les militaires qui en ont été les victimes, mais les pauvres. Vous aurez compris que je fais référence à l'actualité.

Mme Bégin : Si je connaissais la réponse, je serais première ministre. Désolée. Je pense que vous devriez vous adresser à ceux qui connaissent les faits concrets du monde d'aujourd'hui. J'ai été chargée de la santé des Premières nations et des Inuits pendant huit ans. À l'époque, nous ne reconnaissons pas les Métis. Il est certain que nous nous heurtons à l'isolement et à la situation économique. C'est le premier obstacle. Nous ne savons que faire pour aider.

Je voulais former des professionnels de la santé inuits et autochtones dans tous les domaines. Le dernier projet de loi que j'ai déposé à la Chambre des communes en juin 1984 et qui fut adopté, a permis de créer le Programme de carrières pour les Indiens et les Inuits dans le domaine de la santé. Aujourd'hui, nous avons des médecins, par exemple le Dr Jeff Redding qui dirige l'Institut de la santé des Autochtones aux Instituts de recherches en santé du Canada. Nous avons des gens merveilleux — pas assez, mais c'est un début. Je parle uniquement du domaine de la santé. Tous ces intervenants sont sensibles aux déterminants sociaux parce qu'ils sont au courant.

I am sorry, senator, I do not know the practical, concrete, operational answer of what to do.

Senator Munson: I guess we have a job to do.

Senator Cook: Thank you for coming again. We will look for the benefit of your wisdom as we ponder the population health.

I turn to the issue of Aboriginal health, which preoccupies me. I am always searching. Senator Munson talks about Davis Inlet. Senator Munson, you may not know the history of Davis Inlet but one day Dr. Padden found a group of Inuit on the high land on the Torngat Mountains and they were riddled with tuberculosis. Dr. Padden brought them to the island and that was the evolution of the nomads of the Torngat. He put them there and no one taught them how to live in a new environment. They were on an island, for goodness sakes, with no interaction with anyone. It was for the benefit of the greater good: tuberculosis was the problem.

When the federal government built the "new tomorrow" for the same people, no one gave them any life skills once again. The government put them in modern homes, with bathrooms, washers, driers, all the modern conveniences and furnaces instead of stoves. I asked repeatedly at home, why? Community health workers and social workers told me that they begged government to send in groups of people to teach them the fundamentals of living in this new environment: a house with a furnace, stove and bathroom.

Somehow, we need to meet those people we care about, and say, "tell me what you need" or have the wisdom to see what is best and work together with them. We are not doing it. We are doing this to them.

I can fast-forward to a community of Mi'kmaq in the Bay d'Espoir area, which is a model community. They have a wonderful education system and good leadership there, but health services are delivered by a nurse practitioner. A Mi'kmaq nurse, who saw the need for her community, went to Dalhousie University. It is a success story. I do not think we know how to listen.

If we go to the fundamentals, I am getting older and more philosophical, it is poverty of spirit. You helped us through that journey of the Aboriginal people in New Zealand, with primary health. Then we went into the mental health, and we embraced some of the practices the Aboriginal people used along the road to wellness. Is that approach a silo? Who knows?

Je regrette, sénateur, je ne peux pas vous dire de manière pratique, concrète et opérationnelle quelles sont les mesures à prendre.

Le sénateur Munson : Je crois que nous avons du pain sur la planche.

Le sénateur Cook : Merci de revenir. Nous nous appuierons sur vos sages conseils lorsque nous étudierons la santé de la population.

J'aimerais parler de la santé des Autochtones, une question qui me préoccupe. J'y pense constamment. Le sénateur Munson a parlé de Davis Inlet. Monsieur le sénateur, vous ne connaissez peut-être pas l'histoire de Davis Inlet. Un jour, le Dr Padden découvrit dans les hautes terres des monts Torngat, un groupe d'Inuits qui était miné par la tuberculose. Le Dr Padden les ramena dans l'île, ce qui changea la vie des nomades de Torngat. Ils se trouvèrent déracinés et personne ne leur apprit comment vivre dans leur nouvel environnement. Ils étaient isolés sur une île, pour l'amour du ciel, sans aucune possibilité de communication. Mais c'était pour un bien supérieur : on craignait la propagation de la tuberculose.

Lorsque le gouvernement fédéral a décidé d'un « nouvel avenir » pour les mêmes Inuits, personne ne leur a, une fois de plus, enseigné les aptitudes à la vie quotidienne. Le gouvernement les a installés dans des maisons modernes avec des salles de bain, des laveuses, des sècheuses, tout l'équipement moderne, et le chauffage central plutôt que des poêles à bois. Je n'ai cessé de m'interroger sur la pertinence de telles décisions. Les travailleurs de santé communautaire et les travailleurs sociaux m'ont rapporté qu'ils avaient supplié le gouvernement d'envoyer des gens sur place pour apprendre aux Inuits les principes élémentaires de vie dans ce nouvel environnement : une maison équipée du chauffage central, d'une cuisinière et d'une salle de bain.

D'une manière ou d'une autre, il faut aller à la rencontre de ces gens que nous voulons protéger et leur demander ce dont ils ont besoin ou avoir la sagesse de réfléchir à ce qui est le mieux pour eux et de collaborer avec eux. Or, nous ne le faisons pas et voilà le résultat.

Permettez-moi de citer l'exemple d'un village mi'kmaq de la région de la Bay d'Espoir, un village modèle. Les habitants de ce village disposent d'un merveilleux réseau d'éducation et d'une bonne équipe dirigeante, mais les services de santé sont fournis par une infirmière praticienne. C'est une infirmière mi'kmaq qui, ayant constaté les besoins de sa collectivité, a décidé de faire des études à l'Université Dalhousie. Voilà une belle réussite. Je pense que nous ne savons pas écouter.

Pour en revenir à l'essentiel, je me fais plus âgée et plus philosophe, c'est la pauvreté spirituelle. Vous nous avez parlé des Autochtones de Nouvelle-Zélande et de la création de services de soins primaires. Ensuite, il a été question de la santé mentale et nous avons passé en revue certaines pratiques utilisées par les Autochtones pour atteindre un mieux-être. Est-ce une approche en silo? Qui sait?

It seems we are always telling the other group what is best for them and we are not listening. How do we move that silo out of the way?

In my own province now, the social workers are so overworked they are on stress leave. They have cannot cope with what is happening in a population plagued with out-migration, the downturn in the fishery and all the rest of it. There does not seem to be any movement. I am sure if you went over to the psychiatric wards, the mental health, you would find the same thing. Is it budgets? Is it turf wars? What is it that is —

Ms. Bégin: It is power.

Senator Cook: How do you disseminate it?

Ms. Bégin: I started with the women's movement way back but now I am seeing it in development and aid. The local people need help with techniques and so on, but they should be in charge of their future.

I am on the council of the Canadian Population Health Initiative. We funded research by Chris Lalonde from the west on Aboriginal communities in B.C., and now he is doing research in Manitoba, and where Aboriginal people have started to take over their own governance, things change for the better. The number of suicides has declined. It is remarkable.

Things are visible and it is good you mentioned a success story because we all need to see a few of them. It is feasible.

Senator Cook: I can share with you only my experiences and where I live. About 15 years ago, we started a modest breakfast and lunch program out of our church for a couple of our intercity schools. We were inclusive.

An envelope went home with the menu, with coupons in it, and every child in the school received it. No one knew who paid, and it worked. Today the program is a foundation sponsored by Hibernia. It is a success story. We started out and said, we will send it to everyone. The interesting thing is, enough money came back that we could always buy the groceries for whoever wanted breakfast. These measures you have to —

Ms. Bégin: That program changed the life of kids, I am absolutely sure.

Senator Cook: Yes, it will. We are thousands of people now in that foundation.

Ms. Bégin: You cannot learn with an empty stomach. It is simple.

Il semble que nous soyons toujours prêts à dire aux autres ce qui est le mieux pour eux, mais nous ne les écoutons pas. Comment sortir de cette approche en silo?

Dans ma propre province, les travailleurs sociaux sont actuellement tellement débordés qu'ils doivent prendre des congés pour épuisement professionnel. Ils se sentent incapables de faire face à la situation que vit actuellement la population marquée par l'exode, le déclin de la pêche et tous les autres problèmes. Aucun mouvement ne semble se dessiner. Je suis certaine que vous feriez le même constat dans les hôpitaux psychiatriques et les services de santé mentale. Est-ce une question de budget? Est-ce une question de territoire? Quel est...

Mme Bégin : C'est une question de pouvoir.

Le sénateur Cook : Comment faire pour leur donner ce pouvoir?

Mme Bégin : J'ai commencé avec le mouvement féministe, il y a de nombreuses années, mais aujourd'hui, je fais le même constat dans le domaine du développement et de l'aide. Les gens ont besoin de se faire aider pour apprendre diverses techniques et autres, mais surtout, ils devraient pouvoir prendre leur avenir en main.

Je siège au conseil de l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Nous avons financé la recherche de Chris Lalonde dans les collectivités autochtones de Colombie-Britannique et il effectue actuellement des recherches au Manitoba. Il a constaté que la situation s'améliore dans les régions où les Autochtones ont commencé à prendre leurs destinées en main. Le taux de suicide a diminué. C'est remarquable.

Les résultats sont visibles et c'est bien que vous ayez mentionné une telle réussite car nous devons tous savoir que c'est faisable. Il est possible de réussir.

Le sénateur Cook : Je peux vous parler seulement des expériences que j'ai vécues dans ma région. Il y a une quinzaine d'années, nous avons mis sur pied dans notre église un modeste programme pour le petit-déjeuner et le repas de midi, à l'intention des élèves de quelques écoles urbaines. Le programme était ouvert à tous.

Chaque élève recevait chez lui une enveloppe contenant le menu et des coupons. Personne ne savait qui assumait les coûts. Les résultats ont été concluants. Aujourd'hui, le programme est une fondation parrainée par Hibernia. C'est une réussite. Lorsque nous avions commencé, nous avions décidé d'envoyer l'enveloppe à toutes les familles. Il est intéressant de noter que les gens nous ont toujours retourné suffisamment d'argent pour nous permettre d'acheter les provisions nécessaires pour offrir le petit-déjeuner à ceux qui le demandaient. Ces mesures...

Mme Bégin : Je suis absolument certaine que ce programme a changé la vie de ces enfants.

Le sénateur Cook : En effet. Aujourd'hui, cette fondation compte des milliers de membres.

Mme Bégin : Il est impossible d'étudier avec l'estomac vide. C'est aussi simple que cela.

Senator Cook: How to find the wisdom to break down the silos if a society —

Ms. Bégin: I should not say that because it looks bad, but I will. When we created the child tax credit — which is now another name and is a huge help, or should be — in 1978, I had a fit when I discovered that the group who opposed it was an organization of social workers. I was shocked, but as a sociologist I should have known better. The money went directly to the mothers, so it was not going through their power relationship over the mother, if I may put it negatively.

Senator Cook: Who knows best?

Ms. Bégin: That is it.

Senator Cook: How do we meet basic human needs? We are back to it every time we start a study in social services.

Ms. Bégin: That movement I mentioned in India, which is becoming well known — it is made up of a million women, members of only the most vulnerable. It is in the state of Gujarat. It has not spread that much more in India. Other similar initiatives exist in India, and the power of the local people is unbelievable when they are helped to organize and do their things.

The Chairman: Before you go, Senator Munson, this is such an incredibly important point. It is one that will permeate our hearings and our report when it comes out.

When we walked through the mental health report, we found that people with mental illness need community: community facilities they could find, people they knew, peers that would help them do their banking and people who would drive them if they did not have a driver's licence. I have been convinced for a long time that we made a terrible mistake in health care in Canada in building many monuments and no community facilities. That is why we have no access.

You have been there, done it; you were a minister of health. In fact, you helped fund my monument when you were minister. What is your comment on that? Then Senator Munson will come in.

Ms. Bégin: May I use the opportunity to say how well received the report of your committee on mental health has been and is all over Canada. Everyone is so pleased that you said in it what you said as a committee.

The top cannot decide what the bottom wants, et cetera. They can only empower and enable them. They can be facilitator, but that does not come from big governments down. There are approaches. Some have worked and are working, but we need a specific orientation and we need to stick to it.

Le sénateur Cook : Comment trouver la sagesse de sortir des silos si une société...

Mme Bégin : Je ne devrais pas vous raconter cela, mais je vais le faire quand même. En 1978, lorsque nous avons créé le crédit d'impôt pour enfants — qui porte maintenant un autre nom mais qui est très utile, ou devrait l'être — j'avais été renversée d'apprendre que le groupe qui s'opposait à cette mesure était une organisation de travailleurs sociaux. J'étais choquée, mais en tant que sociologue, j'aurais dû m'y attendre. L'argent parvenait directement aux mères, si bien que les travailleurs sociaux perdaient un peu de leur pouvoir par rapport à elles, si vous me permettez ce commentaire négatif.

Le sénateur Cook : Qui est le meilleur juge?

Mme Bégin : Exactement.

Le sénateur Cook : Comment pourvoir aux besoins humains fondamentaux? On y revient chaque fois que l'on étudie les services sociaux.

Mme Bégin : Je vous ai parlé d'un mouvement en Inde qui commence à être bien connu — il regroupe un million de femmes, membres de la population la plus vulnérable, dans l'État du Gujarat. Il ne s'est pas beaucoup étendu ailleurs en Inde. D'autres initiatives analogues existent en Inde et le pouvoir de la population locale est incroyable lorsqu'on l'aide à s'organiser et à prendre son avenir en main.

Le président : Avant de vous donner la parole, sénateur Munson, j'aimerais souligner ce point incroyablement important qui sera omniprésent tout au long de nos audiences et dans notre rapport.

Lorsque nous avons rédigé le rapport sur la santé mentale, nous avons découvert que la collectivité est importante pour les gens qui souffrent de troubles mentaux : ils doivent pouvoir fréquenter les services communautaires, rencontrer des gens qu'ils connaissent, certains de leurs pairs capables de les accompagner à la banque et de les conduire à certains endroits s'ils n'ont pas de permis de conduire. Je suis convaincu depuis longtemps que c'est une erreur terrible d'avoir construit au Canada de nombreux monuments dédiés à la santé, mais pas d'installations communautaires. Voilà pourquoi l'accès fait défaut.

Vous connaissez tout cela, puisque vous avez été ministre de la Santé. En fait, vous avez contribué à financer mon monument lorsque vous étiez ministre. Quel est votre point de vue à ce sujet? Ensuite, le sénateur Munson pourra intervenir.

Mme Bégin : Permettez-moi de profiter de l'occasion pour vous dire combien le rapport de votre comité sur la santé mentale a été bien accueilli partout au Canada. Tout le monde est ravi de la position que vous avez prise en tant que comité.

Le sommet ne peut pas décider de ce que veut la base, et cetera. On peut seulement amener les gens à prendre eux-mêmes le contrôle de la situation. Il est possible de jouer un rôle de facilitateur, mais le mouvement ne peut venir d'en haut. Il existe certaines approches qui ont donné et continuent de donner de bons résultats. Il faut adopter une orientation précise et ne pas en déroger.

Senator Munson: The two are power and empowerment, right?

Ms. Bégin: At that time, you were the power. If you governed me, you were the power.

Senator Munson: I did not listen enough, I do not think. When I was a reporter, I asked a lot of questions but now as a senator I have to do my homework.

You talked about Mumbai and the Coady International Institute, and I am curious about that. This country needs more Coady institutes, because the poorest of the poor outside of Mumbai in India can be empowered, do we have programs — it might be a naive question — of training and empowering people to take control of their own lives, with impoverished areas in this country?

Ms. Bégin: I no longer know what exists in the general field of community development, I am sorry. I do not know which programs eventually help.

Back to the Coady International Institute, I would say that the vast majority of Canadians have never heard that word, and do not remember Father Coady, the Great Depression and the birth of the co-op movement in English Canada.

I was thrilled to see that today they train, in French we would say animateurs and animatrices, for all those movements in many countries of the Third World. I find that extraordinary.

I suppose some of them, such as the travelling expenses and hospitality expenses, are paid for by the Canadian International Development Agency, CIDA. There must be links, but I no longer know the state of affairs, either domestically or internationally. I am merely signalling the good work they do.

Senator Munson: It is a good model.

Ms. Bégin: One of the five so-called collaborating centres — I hope it is not one more pilot project — and I am not even sure if it is the Public Health Agency of Canada, Health Canada or both, the one entitled Social Determinants of Health, is based at St. Francis Xavier University. The collaborating centre, the academic part and all that are based at St. Francis Xavier University, which is where the Coady International Institute is.

The Chairman: Thank you so much. This presentation has been a real enlightenment for our committee and a wonderful place to start. We are deeply indebted to you. I am afraid we will be back.

Honourable senators, we will go in camera for a few minutes to talk about our work plan.

The committee continued in camera.

Le sénateur Munson : Les deux facettes ne sont-elles pas le pouvoir et l'habilitation?

Mme Bégin : À l'époque, celui qui gouvernait détenait le pouvoir.

Le sénateur Munson : Je pense que je n'ai pas suffisamment écouté. Lorsque j'étais journaliste, je posais beaucoup de questions, mais maintenant, en tant que sénateur, je dois faire ma propre réflexion.

Vous avez parlé de Mumbai et du Coady international Institute et cela m'intéresse. Notre pays a besoin d'autres instituts Coady, puisque les plus pauvres des pauvres de Mumbai, en Inde, peuvent prendre leur avenir en main, avons-nous des programmes — ma question peut paraître naïve — de formation et d'habilitation permettant aux gens de prendre eux-mêmes le contrôle de leur existence dans les régions pauvres du pays?

Mme Bégin : Excusez-moi, je ne connais plus assez bien le domaine général du développement communautaire. Je ne sais pas quels sont les programmes qui seraient utiles.

Pour revenir au Coady international Institute, je pense que la grande majorité des Canadiens n'en ont jamais entendu parler et ne se souviennent pas du père Coady, de la grande crise de 1929 et de la naissance du mouvement coopératif au Canada anglais.

J'étais ravie de constater qu'ils forment de nos jours des animateurs et des animatrices — comme on les appelle en français — qui participent à tous ces mouvements dans de nombreux pays du tiers monde. Je trouve cela extraordinaire.

Je suppose que certains frais, notamment les coûts de voyage et de logement sont assumés par l'Agence canadienne de développement international, l'ACDI. Il doit exister des liens, mais je ne suis plus au courant de la situation, ni sur le plan canadien, ni sur le plan international. Je me contente de signaler l'excellent travail qu'ils font.

Le sénateur Munson : C'est un bon modèle.

Mme Bégin : Un des cinq centres dits de collaboration — j'espère que ce n'est pas un projet pilote de plus — et je ne sais pas exactement s'il relève de l'Agence de santé publique du Canada ou de Santé Canada ou des deux, le centre chargé des déterminants sociaux de la santé, relève de l'Université St. Francis Xavier. Le centre de collaboration, les services de formation universitaires et autres sont basés à l'Université St. Francis Xavier où se trouve le Coady International Institute.

Le président : Merci beaucoup. Votre présentation a été très enrichissante pour notre comité et une façon merveilleuse de commencer nos travaux. Nous vous sommes immensément redevables. J'ai bien peur que nous vous réinvitions à venir témoigner.

Honorables sénateurs, nous allons maintenant poursuivre notre réunion à huis clos pendant quelques minutes pour parler de notre plan de travail.

Le comité se poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, Wednesday, February 28, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:12 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Gentlemen, we deeply appreciate your coming here, particularly this week, before we break. The guidance and information that you will give us with your tremendous expertise will be enormously valuable to us as we continue working while the break is in progress.

I do not want to waste any of your valuable time. We will begin with Dr. Millar.

Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control, Provincial Health Services Authority, British Columbia: Let me start by thanking you for this opportunity. It is wonderful that the Senate is undertaking this initiative. I am exceptionally pleased to be able to participate today.

I will start by showing you some population health data that we have run recently. I am from British Columbia. As you may know, I am the Executive Director for Population Health Surveillance and Disease Control in British Columbia with the Provincial Health Services Authority.

The Chairman: Dr. Millar, allow me to interrupt you for just a second. I want the senators to know that Dr. Millar has a tremendous background in this area and was with the Canadian Institute of Health Information, or CIHI, as it was set up. He was one of the moving forces there. That will influence your questions probably as you go forth.

Please continue, Dr. Millar.

Dr. Millar: It was a welcomed intervention. These data were compiled by some of my statisticians and epidemiologists. The Premier of British Columbia has said that he wants B.C. to be the healthiest jurisdiction ever to hold the Olympics. We ran these data that show Canada and B.C. along with the leading developed countries in the world that have the best health status.

OTTAWA, le mercredi 28 février 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 12 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, et en faire rapport.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Messieurs, nous sommes profondément heureux de votre venue, particulièrement en cette semaine précédant le congé parlementaire. Les avis et l'information que vous allez nous donner, compte tenu de votre immense expérience, nous seront énormément utiles dans la poursuite de nos travaux au cours de la période de relâche.

Comme je ne voudrais pas abuser de votre temps précieux, nous allons débiter dès maintenant avec le témoignage du Dr Millar.

Dr John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies, Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique : J'aimerais tout d'abord vous remercier de me donner cette occasion de comparaître devant votre sous-comité. Il est merveilleux que le Sénat ait décidé d'entreprendre cette étude. Je suis on ne peut plus ravi de pouvoir y participer aujourd'hui.

Je vais d'abord vous faire part de certaines données que nous avons colligées récemment à propos de la santé des populations. Je viens de la Colombie-Britannique. Comme vous le savez peut-être, je suis directeur général de la surveillance de la santé des populations et du contrôle des maladies en Colombie-Britannique, une direction générale qui relève de la Régie provinciale des services de santé.

Le président : Docteur Millar, permettez-moi de vous interrompre un instant. Je tiens à ce que les sénateurs sachent que le Dr Millar a une formidable expérience dans ce domaine et qu'il a œuvré au sein de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, dès l'étape de sa création. Il en a d'ailleurs été l'un des inspirateurs. Le fait que vous en soyez conscients aura probablement une incidence sur les questions que vous allez lui poser en cours de route.

Veuillez poursuivre, docteur Millar.

Dr Millar : J'apprécie votre intervention. Ces données ont été compilées par certains de mes statisticiens et épidémiologistes. Le premier ministre de la Colombie-Britannique a dit qu'il souhaitait que notre province soit, de tous les endroits où se sont tenus les Jeux olympiques par le passé, celui où les gens sont le plus en forme. Nous avons colligé ces données pour montrer où se situent le Canada et la Colombie-Britannique parmi les grands pays industrialisés du monde dont la population jouit du meilleur état de santé.

There are some worrying trends happening with Canada. On the slide where the cursor is, the blue line is the trajectory for life expectancy in Canada compared to other countries. You can see that a number of countries are improving faster than Canada. The relative ranking of Canada is slipping for men. In this projection, which are well-validated projections, by 2010 Canada will rank behind Switzerland, Australia, Sweden and Italy for men. Coincidentally, I will note that British Columbia, thought of as a jurisdiction compared to these, will lead the world. B.C. already leads Japan, which is an unusual finding.

This next slide shows even more worrying data, particularly for women's health. Here you see, with the blue line, the Canadian trajectory for life expectancy for women. You can see that Canadian women are sliding, and they are sliding behind many countries. These countries that have been selected have a population of at least 1 million people. By 2010, when the Olympics are held, Canada will have dropped in rankings and will be behind Switzerland, Japan, France, Italy, Australia, Spain and Sweden. These are worrying trends.

Why is this happening? To some extent, it is driven by cancer data and by heart disease. Of course, those in turn are driven by risk factors such as obesity, and you are well aware of what has been happening with increasing rates of obesity.

However, I want to make the point to you, and you will hear it from others, that these behavioural risk factors, in turn, are determined by the social conditions that we have in our society. Obesity, in many people's view, is driven by the obesogenic environment in which we live and is often considered a failure of the market-driven phenomenon of junk food and so forth. What is happening is reasonably well understood. The question is: What are we to do about it?

I also want to focus your deliberations on the health care system. There are some interesting and important implications of population health for the health care system. There are rising life expectancies. If you look here, you will see that women are living longer than men still, although improving less quickly for women in Canada. It is a good news story overall that health is improving. It also means we are living longer, and as Dr. Keon well knows from other studies, the fact that we are living longer means that there is an increased incidence of heart disease and an increased demand for cardiac surgery, for stents, for hips, for corneal transplants, for lens surgery, et cetera, as the population ages. However, as these behavioural risk factors increase — worse levels of physical activity and nutrition and worse obesity — the prevalence of diseases is increasing. Also, through effective health care around major disease entities such as cardiac disease and cancer, we are converting many diseases that formerly killed

On note certaines tendances inquiétantes au Canada. Sur la diapositive où se trouve le curseur, la ligne bleue montre la trajectoire de l'espérance de vie au Canada en comparaison avec celle qu'on observe dans d'autres pays. Vous pouvez y constater qu'un certain nombre de pays s'améliorent plus rapidement que le Canada à ce chapitre. Le rang relatif du Canada est en régression dans le cas des hommes. D'après les projections, qui sont, soit dit en passant, sérieusement validées, le Canada se situera en 2010 derrière la Suisse, l'Australie, la Suède et l'Italie dans le cas des hommes. Je vous signale que, comme par hasard, la Colombie-Britannique, une entité considérée comme comparable aux autres entités visées par l'étude, sera alors bonne première à cet égard. Elle dépasse déjà le Japon, ce qui est plutôt exceptionnel.

La diapositive suivante affiche des données encore plus inquiétantes, particulièrement en ce qui concerne l'état de santé des femmes. Vous pouvez voir ici, en observant la ligne bleue, la trajectoire de l'espérance de vie chez les femmes canadiennes. Vous pouvez constater que l'espérance de vie dans le cas des femmes régresse, et qu'elle se situe derrière celle que l'on observe dans de nombreux pays. Les pays qui ont été sélectionnés ont une population d'au moins un million d'habitants. En 2010, au moment de la tenue des Jeux olympiques, le Canada aura vu son rang baisser dans ce classement, et il se situera alors derrière la Suisse, le Japon, la France, l'Italie, l'Australie, l'Espagne et la Suède. Ce sont là des tendances inquiétantes.

Pourquoi en est-on rendu là? Dans une certaine mesure, cette situation peut s'expliquer par les données relatives aux cancers et aux maladies cardiaques. Naturellement, ces dernières sont elles-mêmes influencées par des facteurs de risque comme l'obésité, et vous savez très bien ce qui arrive lorsque les taux d'obésité augmentent.

Je tiens cependant à vous faire remarquer, et d'autres vous le diront aussi, que ces facteurs de risque comportementaux sont eux-mêmes déterminés par les conditions sociales qu'on observe dans notre société. L'obésité, de l'avis de bien des gens, est causée par l'environnement obésogène dans lequel nous vivons et est souvent considérée comme un échec de l'engouement, dicté par le marché, pour la malbouffe, entre autres choses. Ce phénomène est raisonnablement bien connu. La question qu'il faut se poser, c'est : qu'allons-nous faire pour remédier à ce problème?

Je tiens également à ce que vos délibérations soient axées sur le système de santé. L'état de santé de la population a des incidences importantes et intéressantes sur le système de santé. La courbe de l'espérance de vie va en montant. Si vous regardez ici, vous verrez que les femmes vivent encore de nos jours plus longtemps que les hommes, bien que l'amélioration en ce sens soit moins rapide chez les femmes au Canada. C'est une bonne nouvelle de constater que l'état de santé de la population s'améliore dans l'ensemble. Cela veut également dire que nous vivons plus longtemps et que, de ce fait, comme le Dr Keon le sait bien pour avoir pris connaissance d'autres études, à mesure que la population vieillit, l'incidence des maladies cardiaques augmente, tout comme la demande de chirurgies cardiaques, de poses d'endoprothèses, de remplacements de hanches, de transplantations de cornée, de chirurgies du cristallin, et ainsi de suite. Mais, étant donné l'augmentation des facteurs de

people to chronic conditions. These combined forces mean that we have a huge increase in the prevalence of chronic disease coming down upon us.

This image shows B.C.'s data regarding new cases of cancer projected forward to 2017. If you add prevalent cases of cancer to these, and if you add on to this the number of cancers that increase because of poor physical activity and poor nutrition, this curve becomes even steeper.

This projection for cancer is duplicated for many chronic conditions. We see exactly the same sort of thing for heart disease, diabetes, hypertension, depression and musculoskeletal diseases. All of the chronic conditions are increasing in this way, leading to a huge demand on health care services. The point is that there is a connection between population health and the sustainability of the health care system that we need to think about.

This slide is now a famous one that Carole Taylor, Minister of Finance in British Columbia, has been using for some time now to show that, as a percentage of the total budget in British Columbia, health care now is consuming about 42 per cent and, by 2017 at current rates of increase, is projected to reach 71 per cent, leaving only 27 percent for education and nothing for the other 18 ministries that occupy government in British Columbia. It has the attention of all of the ministers, deputy ministers and the premier in British Columbia, as to what they can do about this.

What can be done? We know a lot about what can be done. Population interventions around population health are the first thing we need to think about. The early detection and prevention of the progression of chronic disease is the second major thing. I will speak about both of those.

These projections have been done by the Ministry of Health in British Columbia. The black line shows the number of women every year having an acute myocardial infarction, and you can see that it is projected to go from 50,000 in 1971 — these are actual data up to about here — and then it continues to rise to 80,000 by 2016, if things continue without any change. Underneath that here, this shows how these curves can be turned downwards again if we implemented what we currently know on the best available evidence about what we can do about diet, smoking, exercise, reducing obesity

risque comportementaux — moindre niveau d'activité physique, mauvaise alimentation et aggravation de l'obésité —, la prévalence des maladies est en progression. Qui plus est, en améliorant l'efficacité des soins dans le cas de maladies comme la maladie cardiaque et le cancer, nous transformons en états chroniques bien des maladies qui auparavant étaient mortelles. Ces facteurs conjugués font que nous nous retrouvons avec une énorme croissance de la prévalence des maladies chroniques.

L'image que voici fait état des données de la Colombie-Britannique en ce qui touche la projection des nouveaux cas de cancer jusqu'en 2017. Si vous ajoutez à cela les cas prévalents de cancer ainsi que le fait que le nombre de cas de cancer augmente en raison du faible niveau d'activité physique et de la mauvaise alimentation, vous constaterez que cette courbe va même s'accroissant.

Cette projection dans le cas du cancer s'apparente à celle qu'on observe dans le cas de nombreux états chroniques. Nous constatons exactement le même genre d'évolution dans le cas de la maladie cardiaque, du diabète, de l'hypertension, de la dépression et des maladies musculosquelettiques. Tous ces états chroniques connaissent cette même progression, ce qui exerce une énorme pression sur la demande de services de santé. La réalité, c'est qu'il y a entre la santé de la population et la viabilité du système de santé un lien auquel nous nous devons de porter attention.

La diapositive que voici en est une que Carole Taylor, la ministre des Finances de la Colombie-Britannique, aime bien utiliser depuis quelque temps pour montrer qu'en pourcentage, les soins de santé accaparent actuellement environ 42 p. 100 de l'ensemble du budget de la Colombie-Britannique et qu'au rythme d'augmentation que nous connaissons aujourd'hui, cette part du budget atteindra 71 p. 100 d'ici 2017, ne laissant que 27 p. 100 pour l'éducation et rien pour les 18 autres ministères que compte le gouvernement de la Colombie-Britannique. Il s'agit là d'une situation qui préoccupe tous les ministres et sous-ministres ainsi que le premier ministre de la Colombie-Britannique, qui se demandent ce qu'ils peuvent faire pour y remédier.

Que peut-on faire? Nous savons beaucoup de choses à propos de ce qui peut être fait. Il y a d'abord la façon dont nous pouvons intervenir auprès de la population pour inciter les gens à améliorer leur état de santé. La détection précoce des maladies chroniques et la prévention de leur progression sont la deuxième chose importante à laquelle il nous faut songer. Je vais vous parler de ces deux aspects.

Ces projections ont été effectuées par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. La ligne noire montre, pour chaque année, le nombre de femmes qui subissent un infarctus aigu du myocarde, et vous pouvez voir qu'on prévoit que ce nombre, qui était de 50 000 en 1971 — il s'agit des données officielles jusque tout récemment —, monte graduellement pour atteindre les 80 000 en 2016 si rien n'est fait pour changer la situation. En dessous, on peut voir comment ces courbes peuvent être inversées si nous prenons les mesures qui, selon les données les plus probantes dont nous disposons actuellement, seraient nécessaires

and moderating alcohol. We know that these curves could be turned down so that we can begin to address the sustainability issue of the health care system.

Similarly, this slide for diabetes shows that if we reduce obesity, and so forth, we can turn the costs related to diabetes downwards. It makes the point that we know enough to begin reducing this huge burden of chronic disease that is coming down upon us.

I am advocating to you that we need, as I have already said, to take a population health approach to preventing these chronic conditions before they arise. That will require changing societal conditions so that the healthy lifestyle choices around tobacco, nutrition, physical activity, obesity, alcohol use, drug use, and so forth, become the easy choices. It will require reforms of the health care system as well to provide better chronic disease management and reduce adverse events in care, which I will come back to.

Here are the major messages that I want to leave with you, and most of these, one way or another, address the questions you provided as a guideline. The first is that the field of population health is hugely complex; it is not simple. There are many determinants and they all interact one with the other, and we do not totally understand all of these interactions.

The second point is the one that you need to be aware of, namely, that Canada, through its academic institutions, particularly the Canadian Institute for Advanced Research, has led the world in understanding the causal links between these determinants and the health and well-being of the population. We now know that there is causality here. For example, people living in poverty and the fact that they have ill health is a causal relationship, not just a statistical association. As a recent paper from Harvard said, social inequality kills. We know now that this is a causal relationship.

It also goes the other way, of course, that people with poor health often have limited ability to make a living, so they may drift down into low income as well. The predominant causal relationship in this country is between low income and poor health.

Having said that, the third point here is critical, and you will hear this repeatedly: Gradients are an important contribution that Canada has made to understanding these links between the social determinants and health. It is not just low income people who have the worst health; it is also that the middle income group has worse health compared to high income. Therefore, there is a gradient along income, education, the type of work people have,

en ce qui touche l'alimentation, le tabagisme, l'exercice, la réduction de l'obésité et la diminution de la consommation de boissons alcoolisées. Nous savons que ces courbes pourraient être inversées, de sorte que nous pourrions dès lors commencer à nous attaquer au problème de la viabilité de notre système de santé.

De même, la diapositive suivante concernant le diabète montre que, si nous réduisons l'obésité et ainsi de suite, nous pouvons faire baisser parallèlement les coûts liés au traitement du diabète. Cela veut dire que les données dont nous disposons nous permettent de croire que nous pouvons commencer à réduire ce lourd fardeau que représentent pour nous les maladies chroniques.

Je veux vous convaincre qu'il nous faut adopter, comme je l'ai déjà dit, une vision de la santé de la population axée sur la prévention de ces maladies chroniques avant qu'elles n'apparaissent. Il nous faudra pour cela changer nos habitudes sociétales afin que d'opter pour un mode de vie sain au regard du tabagisme, de l'alimentation, de l'activité physique, de l'obésité, de la consommation de boissons alcoolisées, de la consommation de drogues et ainsi de suite devienne chose facile. Pour y arriver, il nous faudra également réformer notre système de santé pour qu'il nous permette de mieux gérer le traitement des maladies chroniques et de prévenir les incidents malheureux liés aux soins de santé, question sur laquelle je reviendrai.

Voici les principaux messages que je veux vous transmettre. Ils répondent pour la plupart, d'une façon ou d'une autre, aux questions que vous avez fournies comme lignes directrices. Premièrement, le domaine de la santé de la population est hautement complexe; il n'est pas simple. Il comporte de nombreux déterminants qui interagissent les uns avec les autres et nous ne comprenons pas entièrement toutes ces interactions.

Deuxièmement, il faut que vous sachiez entre autres que le Canada, par l'entremise de ses institutions d'enseignement, particulièrement l'Institut canadien des recherches avancées, a amené le monde à comprendre les liens de causalité entre ces déterminants, la santé et le bien-être de la population. Nous savons maintenant qu'il y a un lien de causalité. Par exemple, il y a un lien de causalité entre le fait que des gens vivent dans la pauvreté et le fait qu'ils sont en mauvaise santé; il ne s'agit pas uniquement d'une association statistique. Tel qu'indiqué dans un récent document publié à Harvard, l'inégalité sociale tue. Nous savons maintenant qu'il s'agit d'un lien de causalité.

Il va sans dire que le contraire est également vrai, c'est-à-dire que les gens dont la santé laisse à désirer ont souvent une capacité limitée de gagner leur vie et peuvent de ce fait tomber dans la catégorie des gens à faible revenu. Au Canada, le lien de causalité prédominant est celui qui existe entre le faible revenu et la mauvaise santé.

Cela dit, le troisième point ici est essentiel, et vous allez en entendre parler à maintes et maintes reprises. Les gradients constituent une importante contribution canadienne à la compréhension entre les déterminants sociaux et la santé. Ce ne sont pas uniquement les gens à faible revenu qui ont la plus mauvaise santé; les gens à revenu moyen ont également plus de problèmes de santé que les gens à plus haut revenu. Par

and so on. There are gradients by geography, for that matter. Canada has led the world in understanding, but Canada has been exceptionally slow in implementing this knowledge. Many countries have gone ahead, and I will mention those shortly.

Having said that, we do not know all there is to be said about the determinants, but we know how to provide a basis for action. These are the major areas for population health intervention that I will propose to you, and you will hear it from other witnesses as well.

The first and foremost one is doing something about family and child poverty in this country. We are way behind many countries. I believe we rank fifteenth in the world for poverty. It is astounding to me, as a public health professional, that we continue to accept that when we know it is creating poor health in this country. We also know what we can do about this through minimum wages, increasing income assistance, child benefits, universal child care, making more social housing available, et cetera. There are a great number of things we know we could do.

For example, we could make high quality early childhood development and education universally available and address issues around school health. We know that children are not getting physical activity or nutrition at schools.

With respect to workplace health, there is an abundance of evidence that we can reduce absenteeism, reduce turnover and increase productivity by addressing workplace health. It is poorly implemented in this country.

We can also look at housing and the built environment, how we construct housing, make social housing available and design communities to encourage physical activity, nutrition, a cleaner environment, increase security, reduce crime and injuries, et cetera.

The health care system itself is another point that I will return to shortly. I have made this point before. The risk behaviours are largely determined by marketing policies and societal conditions. We know enough to change these things to reduce smoking, improve physical activity, improve nutrition, reduce obesity, reduce drug and alcohol use, and so on.

Another point is around infrastructure. To move this agenda that I have outlined, we need better information systems and technology, data, analysis and information. We do need more

conséquent, il y a un gradient qui s'applique notamment au revenu, à l'éducation et au type d'activité professionnelle. Il y a également des gradients géographiques dans ce domaine. Le Canada a fait figure de chef de file pour ce qui est de la compréhension de cette réalité, mais il a été exceptionnellement lent à mettre en œuvre les connaissances acquises. De nombreux pays sont allés de l'avant; je les mentionnerai dans un instant.

Nous ne savons pas tout ce qui concerne les déterminants, mais nous savons comment fournir une base d'intervention. Ce sont les principaux secteurs d'intervention que je vous proposerai en matière de santé de la population; d'autres témoins vous en parleront également.

Le premier concerne la famille et la pauvreté infantile au Canada. Nous accusons un retard considérable par rapport à nombre d'autres pays à cet égard. Je crois que le Canada arrive au quinzième rang dans le monde au chapitre de la pauvreté. En tant que professionnel de la santé publique, je suis reversé de voir que nous continuons à accepter une telle situation au Canada alors que nous savons qu'elle engendre des problèmes de santé. Nous savons également ce qu'il est possible de faire pour remédier à la situation, notamment augmenter le salaire minimum, bonifier le soutien au revenu, les prestations pour enfants et la prestation universelle pour la garde d'enfants et accroître le nombre de logements sociaux disponibles. Nous savons que de nombreuses possibilités s'offrent à nous.

Par exemple, nous pourrions offrir à l'ensemble de la population des services de haute qualité en matière de développement de la petite enfance et d'éducation et nous pourrions nous pencher sur les problèmes liés à la santé scolaire. Nous savons que l'école n'offre pas l'activité physique et la nutrition aux enfants.

En ce qui concerne le milieu de travail, la preuve n'est plus à faire qu'en y réglant les problèmes de santé, il est non seulement possible de réduire l'absentéisme et le roulement de personnel mais aussi d'augmenter la productivité. Au Canada, la mise en œuvre des principes de santé au travail laisse à désirer.

De plus, on pourrait entre autres examiner le secteur du logement et du milieu bâti et la construction des habitations, offrir des logements sociaux et concevoir les collectivités de façon à promouvoir l'activité physique, la saine nutrition et un environnement plus sain, accroître la sécurité et réduire la criminalité et les blessures.

Le système de soins de santé lui-même constitue un autre élément sur lequel je reviendrai dans un moment. J'ai fait valoir cet argument plus tôt. Les comportements à risque sont largement associés aux politiques de commercialisation et aux conditions sociales. On en sait suffisamment pour faire changer certaines choses, notamment réduire le tabagisme, augmenter l'activité physique, améliorer la nutrition, réduire l'obésité, diminuer la consommation de drogue et d'alcool.

L'infrastructure est un autre secteur d'intervention. Pour mettre en œuvre le programme que j'ai présenté, il faut non seulement de meilleurs systèmes d'information mais aussi des

research. I would like to point out to you a new initiative called the Population Health Intervention Research Initiative of Canada, which I urge you to support.

Turning to the health system, I want to urge upon you not to forget the health care system as a determinant of health. The health care system is a positive determinant; there is no question that it saves a lot of lives. However, you need to bear in mind that the health care system is causing a lots of preventable deaths. Estimated on the bases of Canadian data on this slide, there are 10,000 deaths per year in hospitals; another 18,000 through non-error related deaths in hospital related to infections and drugs, and probably another 20,000 in the community. These are Canadian figures. You add those up and you have 48,000 deaths per year. That would put the health care system as the second leading cause of death. That is preventable and it is because we do not focus adequately on quality. We have the Canadian Patient Safety Institute. They are doing a good job but not fast enough, in my view. This is a huge problem. Nobody has sorted out where is the benefit ratio with the health care system. We know it is saving a lot of lives but it is killing many people, too, and I want you to bear that in mind.

The other point to mention about the health care system is the theme I mentioned earlier around better chronic disease management. I know that is not your mandate in this committee but you need to be aware of the need for reform in primary health care where most chronic disease is treated. It is the combinations of cardiac, renal, diabetes, depression and various other conditions that are driving the system into the ground. We cannot adequately handle that with the system as it is.

I will close now by providing specific examples of where things are moving forward. Sweden is a leading example to which I would point you. They have formal policies right across all the determinants of health. They have reduced poverty and almost eliminated it, but not quite. The result is that they have much better child health reflected in the infant mortality rate, and there is no gradient. They have eliminated the gradient that characterizes Canadian, American and most other countries.

In British Columbia, we have the ACT NOW program, which you will hear more about. It is right across government. The approach here to population health in terms of implementation requires coordinated action across all of government. This is what Sweden is doing.

technologies et des analyses de données supérieures. Il faut également davantage de recherches. J'attire votre attention sur un nouveau programme, en l'occurrence l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada, que je vous exhorte à appuyer.

D'autre part, je vous rappelle qu'il ne faut pas oublier que le système de soins de santé constitue un déterminant de la santé. Le système de soins de santé est un déterminant positif; il ne fait aucun doute qu'il permet de sauver de nombreuses vies. Toutefois, il faut garder à l'esprit que le système de soins de santé cause également de nombreux décès qu'il serait possible de prévenir. D'après les données canadiennes figurant sur cette diapositive, on estime qu'il y a chaque année 10 000 décès dans les hôpitaux où on compte également 18 000 autres décès non attribuables à des erreurs liées à des infections et à des médicaments et qu'il y a probablement 20 000 autres décès dans la collectivité. Ce sont les chiffres canadiens. Si on fait le total, on arrive à 48 000 décès par année. Ce bilan fait du système de soins de santé la deuxième grande cause de décès. Or, il est possible de remédier à cette situation attribuable au fait qu'on ne se concentre pas comme il se doit sur la qualité. On peut compter sur l'Institut canadien sur la sécurité des patients. À mon avis, cet organisme fait du bon travail, mais pas assez rapidement. Cela pose un problème de taille. Personne n'a établi le taux d'avantages lié au système de soins de santé. J'aimerais que vous vous rappeliez que si le système de soins de santé permet de sauver de nombreuses personnes, il en tue cependant un grand nombre.

Au sujet du système de soins de santé, il faut également souligner la nécessité d'améliorer la gestion des maladies chroniques, question dont j'ai fait mention précédemment. Je sais que ce n'est pas au comité qu'il incombe de s'en occuper, mais il doit néanmoins être conscient de la nécessité de procéder à une réforme du secteur des soins primaires où la plupart des maladies chroniques sont traitées. Ce sont les problèmes cardiaques et rénaux, les cas de diabète et de dépression ainsi que diverses autres maladies mises ensemble qui épuisent le système. Dans son état actuel, le système ne peut pas répondre adéquatement à la demande.

Je conclus en donnant des exemples précis de progrès. La Suède fait figure de chef de file. Elle a établi des politiques officielles à l'égard de l'ensemble des déterminants de la santé. Elle s'est attaquée à la pauvreté et l'a presque éliminée, mais pas complètement. Par conséquent, la Suède obtient des résultats nettement supérieurs au chapitre de la santé des enfants, notamment en ce qui a trait au taux de mortalité infantile, et, par surcroît, il n'y a pas de gradient. Ils ont éliminé le gradient qui caractérise la situation au Canada, aux États-Unis et dans la plupart des autres pays.

En Colombie-Britannique, nous avons le programme ACT NOW dont vous entendrez parler davantage. Cette initiative s'applique à l'ensemble du gouvernement. L'approche en matière d'application de la santé de la population exige une action coordonnée dans l'ensemble de la structure gouvernementale. C'est précisément ce que fait la Suède.

In British Columbia, the premier has told every one of his cabinet members that he would like them all to figure out what they can do about improving physical activity, nutrition, reducing tobacco and reducing alcohol use during pregnancy. A committee of assistant deputy ministers meets every month to drive that agenda. That is a good model. It is looking at risk factors. If you flip that over to look at the risk conditions and determinants, that would be even better.

The British Columbia Progress Board, which is composed of prominent businessmen appointed by the premier, have said that if they want to improve the quality of life in British Columbia, they must address poverty. There is a province-wide agenda around school health in Nova Scotia, and there are many other examples which I will not get into now. I will end there and turn it over to my colleague.

The Chairman: That was wonderful, Dr. Millar. Our next witness is Mr. Dennis Raphael, who is a professor of public health. He is from the School of Health Policy and Management at York University and has written some wonderful material which we have already reviewed. We want to hear the pearls today.

Dennis Raphael, Professor, School of Health Policy and Management, York University: This will be an overview of everything and almost anything of what social determinants of health are, and what we know about how they shape health. I suggest that we know an awful lot about mechanisms and pathways. I will outline some of the known information about the effects of social determinants and then put it within a public policy context. I will then identify some barriers, and there are some real barriers to having this addressed. I will then suggest some ways to move into the future.

What are social determinants of health? They are economic and social conditions. For the most part, these conditions are beyond the control of individuals. These are about the organization of society and about the quantity and quality of the resources that a society makes available to its members.

The interesting thing to keep in mind about population health, for example, is that it is about improving the health of the population, as are social determinants of health, but it is also about inequalities. Sometimes it may be that we lose the message that profound differences exist among Canadians as we try to improve population health.

The main message, first, is that this stuff is not new at all. In fact, we can go back to the 1840s and look at Rudolph Virchow and Frederick Engels, who talked about how living conditions shape health.

To bring it back to the present, in 1986 the Honourable Jake Epp pointed out that the numerous policies that influence health need to be coordinated. In a sense, by 1986 we had a nice list of what some social determinants of health might be. They included things such as income security, employment, education, housing,

En Colombie-Britannique, le premier ministre a demandé à tous les membres de son Cabinet de voir quelles mesures il est possible de mettre en oeuvre pour accroître l'activité physique, améliorer la nutrition et réduire le tabagisme et la consommation d'alcool pendant la grossesse. Un comité de sous-ministres adjoints se rencontre tous les mois pour faire avancer ce programme. Voilà un modèle inspirant. C'est un modèle qui prend en compte les facteurs de risque. Si on l'envisageait sous un autre angle pour tenir compte des conditions de risque et des déterminants, ce serait encore mieux.

Le British Columbia Progress Board, composé d'éminents hommes d'affaires nommés par le premier ministre, a dit que pour améliorer la qualité de vie en Colombie-Britannique, il faut s'attaquer à la pauvreté. En Nouvelle-Écosse, on a mis sur pied un programme provincial sur la santé à l'école et il existe de nombreuses autres initiatives dont je ne parlerai pas maintenant. Sur ce, je passe la parole à mon collègue.

Le président : C'était fort instructif, docteur Millar. Le prochain témoin que nous entendrons est M. Dennis Raphael, professeur de santé publique à la School of Health Policy and Management de l'Université York. M. Raphael a écrit des articles fort pertinents que nous avons déjà examinés. Nous voulons entendre ce qu'il a d'intéressant à nous dire aujourd'hui.

Dennis Raphael, professeur, School of Health Policy and Management, Université York : Je vous présente un aperçu de ce que sont les déterminants sociaux de la santé et de ce que nous savons sur la façon dont ils influencent la santé. Je suis d'avis que nous en savons énormément au sujet des mécanismes et des moyens empruntés. J'exposerai certains renseignements connus sur les effets des déterminants sociaux, puis je mettrai la situation dans un contexte de politique publique. Je signalerai ensuite certains obstacles; je souligne d'ailleurs que la résolution du problème pose de véritables défis. Je suggérerai ensuite certaines façons d'envisager l'avenir.

Que sont les déterminants sociaux de la santé? Ce sont des conditions économiques et sociales. Pour la plupart, ces conditions sont indépendantes de la volonté des gens. Elles sont liées à l'organisation de la société et à la quantité et à la qualité des ressources qu'une société met à la disposition de ses membres.

Quand on parle de santé de la population, il est intéressant de garder en tête que l'objectif est entre autres d'améliorer la santé de la population et qu'il faut prendre en compte non seulement les déterminants sociaux de la santé mais aussi les inégalités sociales. Dans les efforts pour améliorer la santé de la population, il arrive parfois qu'on perde de vue les profondes différences qui existent entre les Canadiens.

Premièrement, le principal message c'est que cette réalité n'est pas du tout nouvelle. En fait, si on remonte aux années 1840, on constate que Rudolph Virchow et Frederick Engels parlaient déjà de l'incidence des conditions de vie sur la santé.

Si on revient à une époque plus récente, on constate que, en 1986, l'honorable Jake Epp a signalé la nécessité de coordonner les nombreuses politiques qui influencent la santé. D'une certaine façon, en 1986, on avait déjà établi une liste assez pertinente de certains déterminants sociaux de la santé. Y figuraient entre

business, agriculture, transportation, et cetera. Similarly, as another example of a shopping list, the Ottawa Charter's prerequisites of health include peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, social justice, equity and sustainable resources, and have been replicated by the World Health Organization.

More recently, in 2004, we reviewed the literature and put together our list of determinants of health explicitly placed within a public policy context. The assumption was that when we look at these, of course things can be done at the individual level. We can read to our kids at night. However, if we are serious about early childhood, for example, we would probably want to make sure that kids do not have to go to food banks or that they can afford to have access to books and have a decent education.

I think one of the traps we must watch out for is, to use a strong word, the hijacking of a public policy approach to an individualized approach, where we look at these things and see them as individual problems. I suggest that these are not individual issues.

In terms of what we know, the British have been doing a great deal of research. Their conclusion in 1995 was that it is one of the greatest contemporary social injustices that the people who are most disadvantaged to begin with are the ones who experience more disease, illness and shorter lives.

How do they shape health? As a kind of baseline, very simply. Social determinants of health, whether they are working conditions or income or quality of housing, provide the basic prerequisites for health. When I first entered this field in the 1980s, I thought this stuff about shelter and hunger was kind of quaint. With the growth of food banks and homelessness, it was not so quaint anymore. Clearly, we have many Canadians who are not experiencing the prerequisites for health.

We also know about stress and anxiety. Clearly, as Mel Hurtig immortalized, this issue is about "pay the rent or feed the kids." These are clearly things that wear down health. Even if we want people not to smoke, eat and sit around watching television, these are very difficult lifestyle changes even for upper middle class people to undertake, much less for people who are living stressed-out and marginalized lives.

There are models. This is from the other social determinants of health textbook, Bruner and Marmot's chapter. When I see the model that begins at the top left with social structure and then works itself down to work and social environment, with a clear

autres la sécurité du revenu, l'emploi, l'éducation, le logement, les affaires, l'agriculture et le transport. Dans le même ordre d'idées, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé propose une autre liste de conditions préalables à la santé, en l'occurrence la paix, un abri, l'éducation, de la nourriture, un revenu, un écosystème stable, la justice sociale, l'équité et des ressources durables. Cette liste a d'ailleurs été reprise par l'Organisation mondiale de la santé.

Plus récemment, soit en 2004, au terme d'un examen de la documentation, on a établi une liste de déterminants de la santé explicitement inscrite dans un contexte de politique publique. On est parti de l'hypothèse que ces conditions peuvent s'appliquer au niveau individuel. On peut faire lire des histoires à nos enfants le soir. Toutefois, si on est sérieux au sujet du développement de la petite enfance, par exemple, on veut probablement s'assurer que les enfants n'aient pas à fréquenter les banques alimentaires, qu'ils pourront avoir accès aux livres et qu'ils auront une éducation acceptable.

Je pense qu'il faut éviter, pour utiliser une formule non équivoque, de détourner une approche de politique publique vers une approche individualisée. Autrement dit, on aurait tort de considérer les problèmes comme étant individuels. Je soutiens qu'ils ne sont pas individuels.

En matière de connaissances, je signale que les Britanniques ont fait énormément de recherches. En 1995, ils en sont arrivés à la conclusion qu'une des plus grandes injustices sociales contemporaines est que les plus désavantagés au point de départ sont également ceux qui sont confrontés au plus grand nombre de maladies et de problèmes de santé et qui vivent le moins longtemps.

Comment les déterminants sociaux influencent-ils la santé? Comme des éléments de base, tout simplement. Les déterminants sociaux de la santé, qu'il s'agisse des conditions de travail, du revenu ou de la qualité du logement, constituent les conditions préalables élémentaires à la santé. Quand j'ai commencé à travailler dans le domaine dans les années 1980, j'ai pensé que ce qu'on disait au sujet des refuges et de la faim était un peu exagéré. Cependant, en voyant l'augmentation des banques alimentaires et du sans-abrisme, j'ai changé d'avis. De toute évidence, bon nombre de Canadiens ne bénéficient pas des conditions préalables à la santé.

On connaît également les effets du stress et de l'anxiété. De toute évidence, comme Mel Hurtig l'a si bien dit, la question se résume souvent au choix entre payer le loyer ou nourrir les enfants. Il va sans dire qu'un tel dilemme nuit à la santé. On veut que les gens cessent de fumer, mangent mieux et ne restent pas assis devant la télévision pendant de longues périodes de temps, mais il est très difficile de changer les habitudes de vie. Ainsi, si c'est difficile même pour les gens de la classe moyenne élevée, ça l'est encore plus pour les gens qui sont extrêmement stressés et dont la vie est marginale.

Il y a des modèles. Ceux-ci sont tirés d'un ouvrage sur les déterminants sociaux de la santé, plus précisément du chapitre de Bruner et Marmot. Quand je vois le modèle qui commence en haut à gauche avec la structure sociale et qui passe par le milieu

link between social structure and disease and illness, the most interesting thing to me is that health behaviours is just one link on the way down there. However, if you look at public policy in Canada and the hundreds of millions of dollars that are being spent, all of it seems to be focussed on health behaviours to the absolute neglect of all of these, I would argue, more important issues.

What are mechanisms and pathways? Again, this is only part one on a long journey for all of us. The materialist approach says very simply that the reason social determinants of health influence people is that people experience different living conditions. As an example provided by John Lynch, by the time somebody shows up on the cardiac ward for a bypass, they are bringing with them the accumulation of an entire lifetime of experiences. Similarly, numerous models have been outlined. Again, this is a British model that very clearly outlines the steps by which adverse living conditions lead to poor health.

We also know about stress. One of the advantages of having been a psychologist in a previous life is that I know a great deal about the stress reaction and about the brain. The mechanisms of how adverse living conditions get under the skin to cause disease and illness have been long worked out.

The neo-materialist approach is interesting because it argues that people get sick not only because of the adverse living conditions that they might experience but that there seem to be entire countries, nations and jurisdictions where governments buffer these effects, or they do not allow these effects to occur in the first place. For example, Sweden is an example of a country where there are very few people with low income. There is, however, significant investment in all aspects of people's lives, whether it is early childhood education, job training when you are laid off or little or no tuition when you go to university. The neo-materialist approach says that we must take into account not only how income affects individuals at the bottom of the social hierarchy, which is poverty, but the amount of community infrastructure which governments invest that we also know supports individual and population health.

John Lynch is one of the people who have just moved up to Canada. He is at McGill University.

This, from the Ontario Health Survey, illustrates a key point. When you ask people if their health is fair or poor, you find that, while no regular exercise gives you twice the risk of reporting poor health, and being a smoker gives you a 38 per cent greater chance, the factor that is found repeatedly over and over again to have the strongest effect on health is an individual having a low income. The risk of reporting having poor or

professionnel et le milieu social et qui établit un lien clair entre la structure sociale et la maladie, ce que je trouve le plus intéressant c'est que les comportements liés à la santé ne correspondent qu'à un seul lien dans ce schéma. Cependant, si on jette un coup d'œil aux politiques publiques canadiennes et aux centaines de millions de dollars qu'on dépense, tout semble concentré sur les comportements liés à la santé au détriment absolu de ces questions qui, d'après moi, sont plus importantes.

Quels sont les mécanismes et les moyens? Encore une fois, ce n'est que la première partie d'un long cheminement pour nous tous. Selon l'approche matérialiste, les déterminants sociaux ont une influence tout simplement parce que les gens ont des conditions de vie différentes. Comme le disait John Lynch, quand une personne se présente dans une unité cardiaque pour subir un pontage, elle apporte avec elle les expériences accumulées au cours de toute une vie. De nombreux modèles ont été élaborés dans cet ordre d'idées. Encore une fois, c'est un modèle britannique qui expose très clairement comment les conditions de vie adverses engendrent des problèmes de santé.

On connaît également les effets du stress. Le fait d'avoir été psychologue dans une vie antérieure me donne entre autres l'avantage de posséder des connaissances considérables au sujet des réactions au stress et du fonctionnement du cerveau. On a découvert depuis longtemps les mécanismes qui font que les conditions de vie adverses atteignent l'intégrité des gens et causent des maladies et des problèmes de santé.

L'approche néomatérialiste est intéressante parce que ses tenants soutiennent que les gens tombent malades à cause des conditions de vie adverses auxquelles ils peuvent être confrontés, mais il semble que dans certains pays et territoires, les gouvernements atténuent ces conditions adverses ou ne les laissent tout simplement pas exister. La Suède est un exemple de pays où on compte très peu de gens à faible revenu. Toutefois, on note des investissements considérables dans tous les aspects de la vie des gens, que ce soit l'éducation de la petite enfance, la formation professionnelle suite à un licenciement et des droits de scolarités peu élevés ou inexistantes pour les étudiants qui fréquentent l'université. Selon l'approche néomatérialiste, il faut prendre en compte non seulement l'incidence du revenu sur les personnes au bas de la hiérarchie sociale, autrement dit en situation de pauvreté, mais également la quantité d'infrastructures communautaires dans lesquelles les gouvernements investissent et qui, comme on le sait, appuient la santé individuelle et celle de la population en général.

John Lynch est l'une des personnes qui vient de s'installer au Canada. Il travaille à l'Université McGill.

Ce tableau qui vient de l'enquête sur la santé en Ontario illustre un point clé. Quand on demande aux gens si leur santé est faible ou mauvaise, on constate que si l'absence d'activité physique régulière double le risque de problèmes de santé et que le tabagisme l'augmente de 38 p. 100, c'est le faible revenu qui ressort constamment comme le facteur ayant la plus grande incidence sur la santé. Le risque de problèmes de santé est quatre

fair health is four times greater for individuals who are in the lower one-third of income than people in the top one-third of income.

Similarly, if we want to look at a really hard health index, something that is real — and the health utility index asked you about pain, the ability to go up a flight of stairs, a whole range of factors — the first tip for better health is: Do not get old, because that is the greatest risk factor for poor health. Failing that, and we cannot do anything about that, the next tip is: Do not be poor. An individual experiencing low income in a multi-variant statistical model is by far the best predictor of health than no regular exercise, smoking, and so forth. Income is an incredibly important determinant.

Some examples include functional health, from the child's national longitudinal study. This is real stuff that even physicians can love and enjoy. Vision, hearing, speech, mobility and dexterity are real health. What you find is that poor children are at profoundly greater risk for experiencing these issues than are other Canadian children. While there is certainly a gradient in that, as we move down the income ladder, disease or difficulties increase, a common finding is that people at the bottom of the gradient have a significantly greater accumulation of disadvantage and disease.

Here is an example of heart attacks. You can see that not only are the people living in the bottom 20 per cent of neighbourhoods more likely to have almost three times the rate of heart attacks than people at the top but also than people who are in the next 20 per cent of lower income neighbourhoods.

A variety of studies have pointed out that when you take into account the fact that these people at the bottom may smoke, may drink, may be overweight, and you statistically adjust for all of those things — Michael Marmot showed this back in 1980 — the risks associated with class, occupation and income for the most part remains. Thus if everyone in the poorest neighbourhoods in Canada were suddenly skinny, never smoked and never drank alcohol, they would still be dying at rates that are profoundly greater than those for other Canadians.

This is data that we have used to receive a grant. When I showed up here in the mid-1970s, I said, boy, this is not New York City anymore. Part of it was the fact that no matter which neighbourhood you lived in, the mortality rate among people for diabetes was fairly similar, and conditions improved until about the mid-1980s. Now there has been an explosion of death from type 2 diabetes in low income neighbourhoods.

We are doing a study that is attempting to look at this factor. One of the questions is: Do we need to identify each individual social determinant? For the most part, this stuff clusters together.

fois supérieur pour les gens dont le revenu se situe dans le tiers inférieur de l'échelle que pour ceux dont le revenu se situe dans le tiers supérieur.

De même, si on veut jeter un coup d'oeil à un indice très concret de la santé, quelque chose qui est vraiment réaliste — l'indice de l'état de santé pose toute une série de questions, entre autres sur la douleur et la capacité de monter un escalier — le premier conseil pour être en meilleure santé est de ne pas vieillir parce que c'est le plus grand facteur de risque lié aux problèmes de santé. À défaut de ne rien pouvoir contre ce processus d'ailleurs inéluctable, le conseil suivant est de ne pas être pauvre. Dans un modèle statistique à variantes multiples, le faible revenu d'une personne est de loin le meilleur prédicteur de la santé, notamment par rapport à l'activité physique régulière et au tabagisme. Le revenu est un déterminant incroyablement important.

Certains exemples incluent la santé fonctionnelle, à partir de l'étude longitudinale nationale sur les enfants. Cette étude sur une réalité concrète peut même susciter un vif intérêt chez les médecins. La vue, l'ouïe, la parole, la mobilité et la dextérité sont des indicateurs réels de la santé. On constate que les enfants pauvres sont considérablement plus à risque d'avoir des problèmes à ces égards que les autres enfants canadiens. Il va sans dire qu'il y a un gradient dans cette réalité, le plus on descend dans l'échelle du revenu, le plus les problèmes de santé augmentent. On constate souvent que les gens au bas du gradient présentent une accumulation nettement supérieure de désavantages et de problèmes de santé.

Voici un exemple de crises cardiaques. On peut voir que les gens qui se situent dans la tranche de 20 p. 100 inférieure des quartiers à faible revenu sont non seulement presque trois fois plus à risque d'avoir une crise cardiaque que ceux de la tranche supérieure mais aussi que les gens qui se situent dans la tranche suivante des mêmes quartiers.

Diverses études révèlent que quand on prend en compte la probabilité que les gens au bas de l'échelle fument, consomment de l'alcool et ont un excédent de poids et qu'on fait un ajustement statistique en fonction de ces facteurs — comme l'a montré Michael Marmot en 1980 — les risques associés à la classe, à l'occupation et au revenu demeurent en grande partie présents. Par conséquent, si les gens des quartiers les plus pauvres au Canada se retrouvaient soudainement minces, n'avaient jamais fumé ni consommé de l'alcool, ils mourraient quand même à un rythme considérablement plus rapide que les autres Canadiens.

Ce sont les données que nous avons utilisées pour recevoir une subvention. Lorsque je suis venu ici au milieu des années 1970, je me suis dit que je n'étais plus à New York. C'était en partie dû au fait que quel que soit le quartier de résidence, le taux de mortalité chez les diabétiques était assez similaire; les conditions se sont améliorées jusqu'au milieu des années 1980 environ. Maintenant, il y a une explosion de décès attribuables au diabète de type 2 dans les quartiers à faible revenu.

Nous menons actuellement une étude sur ce facteur. Nous nous demandons entre autres s'il faut préciser chaque déterminant social. Dans la plupart des cas, tout cela se rejoint. Très peu de

Very few people living in big homes go down to the food bank; very few rich people have really crummy jobs. It all clusters together, and it clusters together right across the gradient.

What is public policy? To use a Toronto example, in 1981, if you look at the top of the chart, the coloured-in areas were the neighbourhoods that experienced significant numbers of people living below the poverty line. What we can see is that from 1981 to 2001, there has been a profound deterioration in the income situation of people in the city of Toronto. This is also the case in numerous other cities as well. This is not a good omen. Again, I would argue that this stuff does not just happen; it is as a result of public policies.

In terms of income, the last ten years have been very good for some Canadians. For the top 20 per cent of Canadians, their income — this is total income — has increased from \$119,000 to \$142,000. For the Canadians who we know are most at risk and most likely for disease and illness, their income has virtually stagnated, going from \$12,400 in constant dollars to \$12,900. This comes from the Federation of Canadian Municipalities, and the lines going down show the gap between how much low-end rents cost in Canadian cities and how much money low-income people have. It is basically saying that in Winnipeg, low-income people's income has increased relative to the rises in low-end rents. You can see, in the city of Toronto and in the immediate area of York region and Peel, a 60 per cent gap. Thus tenants, who were already in a difficult situation in 1991, have basically seen their rents increase while their income has been unable to keep up with that.

What is the answer? In 1998 the British came up with the conclusion from their independent inquiry that without a shift of resources to the less well off, little would be accomplished in terms of a reduction in health and other inequalities by interventions that look at downstream influences. Again, from a public policy perspective, there is a remarkable similarity between the National Council on Welfare, the policy priorities of Canadian food banks and Campaign 2000, and that is: Make more resources available to the most vulnerable.

At the same time, these effects also carry over into the middle class. When you improve employment benefits for the least well off, it also assists all of the Canadians in the middle who currently are not eligible for employment benefits, as an example.

What are some barriers to action? One is risk factor epidemiology. This is from the New England journal of panic-inducing gobbledegook. The idea is that every day we get another result, and it is almost as if the results are completely random. On one day you want to sleep more than 8 hours, then on another day you want to sleep less. One day in *The Toronto Star* they reported both: On page 4, if you slept more than 8 hours a day, that was a risk factor; on page 14, they reported the other study that said

gens qui vivent dans de grandes maisons fréquentent les banques alimentaires; très peu de gens riches ont un emploi vraiment inintéressant. Tout cela se rejoint sur tout le gradient.

Qu'est-ce que les politiques publiques? Je présente un exemple relevé à Toronto depuis 1981. Si on regarde en haut du tableau, les zones colorées correspondent aux quartiers où on a dénombré un nombre considérable de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté. On peut voir que de 1981 à 2001, le revenu des Torontois a subi une profonde détérioration. C'est également le cas dans bon nombre d'autres villes. Ce n'est pas de bon augure. Encore une fois, je soutiens que cette situation ne tombe pas du ciel mais qu'elle est le résultat des politiques publiques.

En termes de revenu, les dix dernières années ont été très bonnes pour certains Canadiens. Dans le cas de nos concitoyens qui se situent dans la tranche de 20 p. 100 supérieure de la population, le revenu — c'est-à-dire le revenu total — a augmenté, passant de 119 000 \$ à 142 000 \$. Dans le cas des Canadiens que nous savons le plus à risque, plus particulièrement en ce qui concerne les maladies et les problèmes de santé, le revenu a virtuellement stagné, passant de 12 400 \$ en dollars constants à 12 900 \$. Ces données viennent de la Fédération canadienne des municipalités et les lignes descendantes illustrent l'écart entre le coût des logements bon marché dans les villes canadiennes et l'argent dont disposent les Canadiens à faible revenu. Ces données disent essentiellement que, à Winnipeg, le faible revenu a augmenté en fonction de la hausse des loyers dans les quartiers pauvres. Comme on peut le voir, il y a un écart de 60 p. 100 à Toronto et dans les alentours immédiats des régions de York et de Peel. Par conséquent, les locataires qui éprouvaient déjà des difficultés en 1991 ont ni plus ni moins vu leur loyer augmenter alors que leur revenu n'a pas suivi le mouvement.

Quelle est la réponse? En 1998, au terme d'une enquête indépendante, les Britanniques ont conclu qu'à défaut d'une réaffectation des ressources pour favoriser les moins bien nantis, les interventions axées sur les influences en aval ne donneraient que peu de résultats au chapitre de la santé et des autres inégalités. Encore une fois, d'un point de vue de politique publique, il y a une similitude remarquable entre les objectifs du Conseil national du bien-être social, les priorités politiques des banques alimentaires canadiennes et la Campagne 2000 puisque tous ces organismes visent à offrir davantage de ressources aux éléments les plus vulnérables de la société.

Du même coup, cela a une incidence sur la classe moyenne. Lorsqu'on améliore les avantages sociaux des moins bien nantis, cela aide l'ensemble des Canadiens de la classe moyenne qui à l'heure actuelle ne sont pas admissibles à l'assurance-emploi, par exemple.

Quels sont certains des obstacles à la prise de mesures? L'épidémiologie comme facteur de risque en est un. Cela vient du jargon inquiétant du New England Journal. L'idée c'est que chaque jour on obtient un nouveau résultat; c'est presque comme si les résultats étaient complètement arbitraires. C'est un peu comme si une journée vous vouliez dormir plus de 8 heures et qu'un autre jour, vous voudriez dormir moins. Le même jour, le *Toronto Star* a présenté les deux théories. Ainsi, à la page 4, on a

that you want less than 8 hours. Thus the conclusion is that you want to sleep absolutely 8 hours a day. This has a lot to do with the way risk factor epidemiology is taking place.

We do not want people to be fat and we do not want people to drink. However, the Canadian public, as well as the American public, has no comprehension that living conditions are primary determinants of health. In this particular case, from *The New Yorker*, we have a 30-year-old man starting on the 25,000-pound oat bran muffin he must consume over 40 years in order to reduce significantly his risk of death from high cholesterol. The overemphasis on lifestyle completely removes these broader issues from the public policy agenda.

Do not forget politics. When I looked up the members of this committee, it said Liberals and Conservatives, and I remembered that you are only appointed to the Senate by the ruling Prime Minister. Do not forget politics. Here are six or so policy suggestions by Campaign 2000 on how to reduce child poverty. As of the last federal election, the Conservative Party of Canada had a position of being opposed to each of these, the NDP had a position of being in favour of them, the Bloc, for the most part, was in favour of them and, of course, the Liberals were in favour of some but not others. This stuff is political. It is absolutely political. Improving living conditions in the end is about political choices that governments make.

The Conference Board of Canada, in its recent report, has been ranking Canada among the top 12 countries on a variety of things such as health, health determinants, education and skill. They draw attention to the Scandinavian countries, the social democracies, which we would expect to do better on health determinants and on health, which for the most part they do, whose economies are now outperforming Canada's. When the Conference Board of Canada begins to raise alarms about issues such as poverty, job training, et cetera, then I think we know we have an issue. I have done my book. It has been very well-received. It is great that now we are to have the Government of Canada, in the form of the Senate, beginning to look at these issues.

Ronald Labonté, Canada Research Chair in Globalization and Health Equity, Institute of Population Health: Again, like my previous two colleagues, I would like to thank this committee for inviting me here, and I emphasize the importance of the work that you are doing. Mr. Raphael said that this area of concern is not a new one. I was speaking with Senator Eggleton just before things started and reminded him that when he was mayor of Toronto, I worked as a community health consultant with the Department of Public Health back in the 1980s when

pu lire que le fait de dormir plus de 8 heures par jour constitue un facteur de risque et, à la page 14, on a appris que selon une autre étude, il faut dormir moins de 8 heures par jour. Par conséquent, on en arrive à la conclusion qu'il faut absolument dormir 8 heures par jour. Cela est étroitement lié à la façon d'appliquer l'épidémiologie comme facteur de risque.

On ne veut ni que les gens soient gros, ni qu'ils consomment de l'alcool. Cependant, les Canadiens, à l'instar des Américains, ne comprennent pas que les conditions de vie constituent les principaux déterminants de la santé. Dans ce cas en particulier, tiré du magazine *The New Yorker*, on nous parle d'un homme de 30 ans qui commence le muffin au son de 25 000 livres qu'il devra manger pendant plus de 40 ans pour réduire de façon substantielle son risque de décéder à cause d'un niveau de cholestérol trop élevé. On accorde une telle attention au style de vie que les grandes questions sont complètement évacuées des politiques publiques.

Il ne faut pas oublier la politique. Quand j'ai regardé la composition du comité, j'ai vu qu'il y avait des libéraux et des conservateurs et je me suis rappelé que vous êtes nommés au Sénat par le premier ministre au pouvoir. Il ne faut pas oublier la politique. Voici environ six suggestions en matière de politique faites par Campagne 2000 pour réduire la pauvreté infantile. Lors de la dernière campagne électorale fédérale, le Parti conservateur du Canada s'est opposé à toutes ces suggestions, le NPD y était favorable, le Bloc québécois en appuyait la majorité et, bien sûr, les libéraux étaient d'accord avec certaines mais pas avec d'autres. Or, cette question est indéniablement politique. En fait, l'amélioration des conditions de vie dépend des choix politiques du gouvernement.

Dans un récent rapport, le Conference Board du Canada range le Canada parmi les 12 pays qui se classent en tête de file à l'égard d'une variété de facteurs dont la santé, les déterminants de la santé, l'éducation et les compétences. Les auteurs du rapport attirent l'attention sur les pays scandinaves, les démocraties sociales, desquelles nous sommes portés à attendre de meilleurs résultats en ce qui concerne les déterminants de la santé et la santé, comme c'est le cas de la plupart d'entre eux, dont l'économie est actuellement plus dynamique que celle du Canada. Quand le Conference Board du Canada commence à exprimer de sérieuses inquiétudes à l'égard de questions comme la pauvreté et la formation professionnelle, on sait alors qu'il y a un problème. J'ai rédigé mon ouvrage. Il a été très bien reçu. C'est fantastique que maintenant, par l'entremise du Sénat, le gouvernement du Canada commence à se pencher sur ces questions.

Ronald Labonté, chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé, Institut de recherche sur la santé des populations : À l'instar des deux collègues qui m'ont précédé, je remercie le comité de m'avoir invité à témoigner et je souligne l'importance du travail qu'il fait. M. Raphael a dit que la question qui nous préoccupe n'est pas nouvelle. Je m'entretenais avec le sénateur Eggleton juste avant le début de la séance et je lui ai rappelé les années 1980. À l'époque, il était maire de Toronto et j'étais consultant en

we were trying, in some respects, to offset some of the changes that Mr. Raphael so eloquently mapped with that series of increasing poverty within the city.

It is not new, but we must remind ourselves continuously of the importance of this because it is about the political choices that people as a nation or as a global community choose to make about what its future will be. Those choices invariably will not be win-win in the classic sense; they will be choices that deal with the necessity of redistributing or sharing the nature of the resources that we have. That is what 2000 years of evidence around the determinants of people's health and well-being tell us.

I feel a bit as though, first, you have already been given your dinner. You are dining out on a whole lot of stuff, and I am hoping it does not give you indigestion. You are about to dine out on a little bit more. Then I feel a bit like Monty Python. Now you are about to get something completely different, because I suspect you did not expect to be talking about globalization as a health determinant. I have been turning my attention to this aspect for the last 10 years. I decided that I needed a focus in my life so I do not do extraterrestrials, but that is about it.

This is also a follow-up to Madame Bégin because I have been involved with the Canadian reference for the WHO Commission on the Social Determinants of Health and I chair the Globalization Knowledge Network. In consultation, we decided that I should speak a little bit on globalization as a health determinant. The usual disclaimer, which you can read, is that I take all credit for what you agree with and I totally disabuse myself from anything that you find offensive or disagree with.

As I think Madame Bégin may have mentioned in her presentation, the commission's work right now is at the point where the knowledge networks are just completing their synthesis of knowledge. That will be, I think, an incredible repository of information for the work of this committee. In turn, the work of this committee is extremely important in terms of building a larger global momentum for the WHO to move forward with this project in a multilateral sense. There is a real kind of synergy that could exist, and I want to encourage you to exploit that as much as possible.

A number of different knowledge networks now exist. This is how the WHO decided to carve up the territory for which we needed more knowledge. I will speak to some of the issues in globalization. The take-home message from this rather complicated slide, which I will not bother running through, is simply: Why should Canadians care about globalization as a health determinant? There are a series of self-interested reasons: Threat of emergent and multiple drug-resistant diseases, the fact that as health and economies decline in some countries, it sparks regional conflicts with spillover

santé communautaire au ministère de la Santé publique. Nous nous employons à certains égards à contrer les effets de certains des changements que M. Raphael a si éloquemment illustrés en parlant de l'augmentation de la pauvreté dans les villes.

Le problème n'est pas nouveau, mais nous devons constamment nous rappeler de son importance parce qu'il est lié aux choix politiques que les citoyens d'un pays ou la communauté internationale décident de faire concernant l'avenir. Ces choix ne seront pas invariablement bénéfiques pour tous dans le sens classique; ils tiendront compte de la nécessité de redistribuer ou de partager les ressources dont nous disposons. Voilà ce que nous disent les preuves accumulées depuis 2 000 ans sur les déterminants de la santé et du bien-être des populations.

Je me sens un peu comme si vous aviez déjà mangé. Vous devez digérer énormément d'information et j'espère que vous n'en ferez pas une indigestion. Vous êtes sur le point de recevoir encore un peu d'information. Je me sens un peu comme Monty Python. Maintenant, vous êtes sur le point d'entendre quelque chose de complètement différent; j'imagine que vous ne vous attendiez pas à ce qu'on présente la mondialisation comme déterminant de la santé. Je me penche sur cette question depuis dix ans. Comme j'ai décidé que j'avais besoin d'un centre d'intérêt dans la vie, je n'étudie pas les extraterrestres, mais c'est à peu la seule exception.

Mon intervention fait également suite à celle de Mme Bégin parce que j'ai collaboré avec le groupe de référence canadien de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS et que je préside le réseau de connaissances sur la mondialisation. En consultation, nous avons décidé que je devrais parler un peu de la mondialisation comme déterminant de la santé. La décharge de responsabilité habituelle que vous pouvez lire indique que je prends tout le crédit de ce que vous allez accepter et que je me dégage de toute responsabilité à l'égard de ce que vous trouverez choquant ou de ce que vous n'accepterez pas.

Je crois que Mme Bégin a peut-être mentionné lors de son intervention que pour ce qui est des travaux de la commission, les réseaux de connaissance viennent de terminer la synthèse des données. Je pense que votre comité y trouvera une incroyable source d'information. Par ailleurs, le travail du comité est extrêmement important pour créer une grande pression mondiale afin que l'OMS concrétise le projet sous une forme multilatérale. Il pourrait vraiment y avoir une sorte de synergie et je vous invite à favoriser cela autant que possible.

Bon nombre de réseaux de connaissances distincts existent maintenant. C'est ainsi que l'OMS a décidé de délimiter le secteur pour lequel il fallait élargir les connaissances. Je me pencherai sur certaines questions liées à la mondialisation. Le message à retenir de cette diapositive assez compliquée, que je ne présenterai d'ailleurs pas, se résume assez simplement à ceci : Pourquoi les Canadiens doivent-ils considérer la mondialisation comme un déterminant de la santé? Pour une série de raisons d'intérêt personnel, notamment la menace de nouvelles maladies résistant aux médicaments, le risque que le déclin de la santé et de

effects. There are limits to growth in the sense of how we look at global economic growth and its impact, perhaps, on climate change.

Also, in a very real Canadian sense, there is our role in reducing what is sometimes referred to as this race to the bottom in terms of a decline in standards and wages, labour protection and security, and the declining share of labour as a proportion of income relative to capital, which is well-documented. That has an impact on a lot of Canadian workers. There are a few examples that we know of, and one is that for the residual manufacturing in high-income countries, the OECD countries of which Canada is a part, what we are finding is less job security, a higher pace and longer hours of work, less autonomy, and greater psycho-social stress, higher rates of part-time or flexible work, all in the name of creating more flexibilities in our labour market in order to be globally competitive. There is an abundance of literature that tells us that that might be good for our global economy or our GDP figures but it is very bad for the workers who are involved. It is creating a lot of health-damaging consequences. That is another reason Canadians should be concerned about globalization and how the process under the current rules of market integration create some risks or threats for Canadian health itself.

I would like to say more because we have a research network, of which actually Mr. Raphael is a part. We will be studying this subject in much greater detail in Canada over the next five years, over a series of questions mapping out how these globalization changes are affecting some of the conditions in those low-income neighbourhoods in Toronto and in a number of other metropolitan areas. Within about a year's time, we should have some preliminary literature synthesis so that, along with the work of the knowledge networks of the commission, you will have some emerging research that will be coming out of the Canadian context.

If we cannot make an argument for self-interest alone, we can make an argument based on political commitments and on legal obligations. In relation to political commitments, normatively Canada has committed to the Millennium Development Goals. If you are not familiar with those, I can easily send you material about them. That is our commitment to try to make the world better for everybody.

Through the G8, we have made various commitments about making globalization work for the poor. For a long time now, we have promised to reach the 0.7 per cent of gross national income, or GNI, in our development assistance and we have singularly failed to do that. However, we also have legal obligations under various human rights treaties and the rights to health. The U.N. special rapporteur on the right to health indicates that many of the global agreements to which Canada is party, or negotiates,

l'économie dans certains pays ne déclenche des conflits régionaux qui auront des répercussions ailleurs. La croissance économique mondiale doit avoir des limites dans la mesure où on envisage son incidence éventuelle sur le changement climatique.

En outre, sur le plan canadien, nous avons un rôle à jouer dans ce qu'on qualifie parfois de course vers le bas qui se caractérise par une baisse des normes et des salaires, par une érosion de la protection et de la sécurité de la main-d'œuvre et, situation qui est bien documentée, par une réduction de la participation de la main-d'œuvre au revenu généré par le capital. Cette situation a une incidence sur bon nombre de travailleurs canadiens. Nous en avons quelques exemples notamment dans le secteur de la fabrication résiduelle dans les pays à haut revenu, c'est-à-dire les pays de l'OCDE dont le Canada fait partie, où on trouve désormais moins de sécurité d'emploi, un rythme de travail accéléré, des heures de travail plus longues, moins d'autonomie, une augmentation du stress psychosocial, plus de travail à temps partiel et de régimes de travail souples, tout cela pour donner davantage de souplesse au marché du travail afin de soutenir la concurrence mondiale. Un grand nombre de documents indiquent que cette situation est peut-être bonne pour l'économie mondiale ou pour le PIB, mais qu'elle est très mauvaise pour les travailleurs concernés. Elle entraîne énormément de conséquences néfastes pour la santé. Raison de plus pour que les Canadiens se préoccupent de la mondialisation et s'interrogent sur la façon dont les règles actuelles de l'intégration au marché menacent la santé des Canadiens.

J'aimerais en dire davantage parce que nous avons un réseau de recherche dont M. Raphael fait partie. Nous examinerons la question de façon nettement plus approfondie au Canada au cours des cinq prochaines années; nous poserons une série de questions pour connaître l'incidence des changements liés à la mondialisation sur certaines conditions dans les quartiers à faible revenu de Toronto et dans nombre d'autres régions métropolitaines. D'ici environ un an, nous devrions avoir fait une synthèse préliminaire de la documentation qui, combinée au travail du réseau de connaissances de la commission, vous fournira des données sur les recherches émergentes concernant la réalité canadienne.

Si à lui seul l'argument de l'intérêt personnel n'a pas suffisamment de poids, celui des engagements politiques et des obligations juridiques devrait en avoir davantage. Pour ce qui est des engagements politiques, le Canada s'est engagé à atteindre les objectifs de développement du millénaire. Si vous ne connaissez pas ces objectifs, je peux facilement vous faire parvenir de la documentation sur le sujet. Nous nous sommes engagés à faire en sorte que le monde soit meilleur pour tous.

Dans le cadre du G8, le Canada a pris divers engagements pour faire en sorte que la mondialisation serve les moins bien nantis. Le Canada a promis depuis longtemps déjà d'atteindre l'objectif d'aide au développement fixé à 0,7 p. 100 du revenu national brut, ou RNB, mais jusqu'ici, il n'y est pas arrivé. Cependant, le Canada a également des obligations juridiques en vertu de divers traités sur les droits de la personne et sur le droit à la santé. Or, le rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la

actually runs the risk of violating our obligations under the right to health. There is both a normative reason and a legal reason to be concerned with globalization as a health determinant.

Just on that one instance of Canada's meeting the 0.7 per cent of GNI, this is some kind of assessment that we did back in 2005. I am not sure whether it really holds with more recent budgets, but it indicates that it would take comparatively little in terms of Canadian federal revenue to meet that target, compared to the value of the tax cuts that were announced in previous budgets.

Like many things related to the social determinants of health, the question is not about whether we have the resources but whether we have built the political mobilizations or will or desire to use those resources in a different way. That is the fundamental question that always comes up in dealing with the determinants of health.

Backing up to globalization, a basic definition of what it is, the process of various forms of integration and knowledge, consciousness and so on, and in approaching it through our knowledge network and the research that I have been doing, I want to emphasize that there are a lot of positive aspects in relationship to globalization around the diffusion of health technologies, gender rights, and so on. There are many things that are positive about globalization. There are many things, though, that are also quite harmful.

In respect of the dominant argument, this is one that, I suspect if you talk to the people responsible for negotiating international trade agreements for Canada, or talk to people in the finance ministries, you will probably find that they would accept this argument. As countries integrate into the global economy through liberalization, their growth increases. That improves their wealth. That decreases their poverty. That improves their health. That, in turn, improves their growth. It is referred to as the virtuous circle or the rising tide lifting all boats. The problem with that is that, although it is a very compelling argument, empirically it has been challenged. It has flaws through every single one of those relationships, and there are many reasons to be quite concerned about that dominant, particular argument.

I have mentioned the spread of resistant diseases. I believe Mr. Raphael and Dr. Millar both talked about the obesogenic culture, which is now being globally transmitted. When countries that are relatively poor lower their tariff barriers, they lose public revenue to invest — as has been well documented — in other forms of social spending. Some countries grow; others do not. Those that have grown by integrating into the global market economy in the past two decades did so precisely by not following the rules on the earlier slide. They did so by taking a different course. Poverty reduction is not automatic, and inequality is on the rise.

santé indique que nombre des accords mondiaux auxquels le Canada est partie ou qu'il négocie risquent d'être contrairement aux obligations du Canada au titre du droit à la santé. Il y a non seulement une raison normative mais aussi une raison juridique de tenir compte de la mondialisation comme déterminant de la santé.

Je signale que l'objectif de 0,7 p. 100 du RNB en matière d'aide au développement fait suite à une évaluation qui remonte à 2005. Je ne suis pas certain qu'elle tienne toujours dans les derniers budgets, mais elle indique qu'il faudrait peu en termes de recettes fédérales pour atteindre la cible comparativement aux réductions d'impôt annoncées dans les budgets précédents.

Comme bien des éléments liés aux déterminants sociaux de la santé, la question n'est pas de savoir si on possède les ressources, mais plutôt de savoir si on s'est assuré de la mobilisation politique nécessaire ou si on va le faire ou encore si on souhaite utiliser les ressources de façon différente. Voilà la question fondamentale qui revient constamment à la surface lorsqu'on aborde les déterminants de la santé.

Quant à la mondialisation, on peut la définir entre autres comme diverses formes d'intégration, de connaissances et de prises de conscience. Si on l'aborde du point de vue de notre réseau de connaissances et des recherches que j'ai faites, je souligne qu'elle comporte énormément d'aspects positifs notamment en ce qui concerne la diffusion des technologies dans le domaine de la santé et les droits à l'égalité entre les sexes. La mondialisation présente de nombreux éléments positifs. Toutefois, elle présente également nombre d'éléments assez négatifs.

Si vous vous adressez aux gens chargés de négocier les accords commerciaux internationaux pour le Canada ou aux employés des ministères des Finances, vous constaterez probablement qu'ils acceptent l'argument dominant selon lequel les pays qui adoptent le libéralisme économique dans le cadre de la mondialisation voient leur croissance augmenter et, de ce fait, leur richesse s'accroître, leur pauvreté diminuer et leur situation sanitaire s'améliorer. À son tour, la santé de la population favorise la croissance. On qualifie ce processus de cercle vertueux ou de courant qui fait avancer tous les navires. Bien que ce soit un argument très convaincant, le problème ici c'est qu'en pratique, il a été remis en question. Il comporte des failles dans chacun des rapports et de nombreuses raisons nous portent à nous interroger sérieusement sur cet argument dominant.

J'ai mentionné la propagation de maladies résistantes aux médicaments. Je crois que M. Raphael et le Dr Millar ont tous les deux parlé de la culture obésogène qui se propage maintenant au monde entier. Quand des pays relativement pauvres baissent leurs barrières tarifaires, ils accusent un manque à gagner en termes de recettes à investir dans d'autres types de dépenses sociales — cette situation est également bien documentée. Certains pays prospèrent, d'autres non. Ceux qui connaissent la prospérité grâce à leur intégration à la mondialisation au cours des deux dernières décennies l'ont fait précisément en ne suivant pas les règles figurant sur la dernière diapositive. Ils l'ont fait en empruntant une méthode différente. La réduction de la pauvreté n'est pas automatique et les inégalités augmentent.

Mr. Raphael mentioned that income matters. I recall Nelson Rockefeller once being quoted as saying money is not everything. He said, "I know, because I have money and I have everything." That "everything" refers to wealth, which is often not captured by income, and it also refers to the status and privilege that comes with that particular social position. Income, in many ways, is necessary for material reasons but for psychological reasons it is also really the proxy for power, and the relationships of power that income represents.

Using a very flawed instrument to measure income, the World Bank \$1-a-day level — I will not get into why it is flawed but it is seriously flawed, and grossly overstates the actual extent of poverty — we can see that there was a slight reduction during this period of economic integration since the 1980s at the \$1-a-day level, although in sub-Saharan Africa it continued to rise. We also see that there were increases almost across the board of poverty at the \$2-a-day level, which means that if we had a rising tide lifting people up, it did not lift them far. We have, as we know from other analyses, a rather skewed distribution of wealth around the planet that has occurred within the last 20 years. It is not just around the planet in other countries, but also in Canada. This is a study that looked at the changes — and it captures some of what Mr. Raphael was talking about earlier — in who benefited most during these decades of unprecedented wealth creation. It was not the average Canadian. It was not the average global citizen. Bob Evans likes to talk about it as the revenge of the rich in terms of how a kleptocracy, or small grouping of people globally have captured most of the gains economically over the last 20 years.

By the way, the Canadian Centre for Policy Alternatives tomorrow will be releasing an update of this study. I have heard from the authors of it that it will present some even more chilling information about what is happening with the economic equity issues within Canada. I urge you to watch for that.

Why do they matter? They matter for many reasons. Globally, as inequalities rise, we have the migration movements, both of people who are desperate as refugees and of people who are skilled, seeking more opportunities in wealthier countries and, in effect, draining their own countries of the human capital required to grow or develop domestically. Nationally, the more the inequality exists, the more growth is required to reduce the residual poverty. It is also associated with decreases in social cohesion and, more important, a decline in solidarity — what we in sociology would call cross-class solidarity, where we recognize we are all in it together; therefore, we will all contribute to some risk-pooling for the kinds of services we would like to have when we need them. That was the principle that underpinned medicare and many of our social programs that have noticeably eroded in Canada over the last 20 years.

M. Raphael a mentionné que le revenu est important. Je rappelle que Nelson Rockefeller a déjà déclaré que l'argent n'est pas tout. Il a dit qu'il le savait justement parce qu'en plus de l'argent, il avait tout. Or, ce « tout » correspond à la richesse qui souvent ne s'obtient pas grâce au revenu; il correspond également à la situation et aux privilèges associés à une position sociale particulière. À maints égards, le revenu est nécessaire pour des raisons matérielles mais également pour des raisons psychologiques car il représente aussi un véritable outil de pouvoir, notamment dans les rapports de pouvoir.

Utilisant un instrument erroné pour mesurer le revenu, soit l'étalon de 1 \$ par jour de la Banque mondiale — je ne dirai pas pourquoi il est erroné, mais il l'est sérieusement et surévalue grossièrement l'étendue réelle de la pauvreté —, nous pouvons voir qu'il y a eu une légère baisse pendant cette période d'intégration économique depuis les années 1980, même si la hausse se poursuit en Afrique subsaharienne. Nous pouvons aussi voir qu'il y a eu une augmentation presque généralisée de la pauvreté selon l'étalon de 2 \$ par jour, ce qui signifie que si une vague a provoqué une hausse du revenu, elle n'était pas très puissante. Comme nous le savons d'après d'autres analyses, une répartition plutôt inégale de la richesse s'est produite dans le monde ces 20 dernières années, et le Canada n'a pas été épargné. C'est une étude qui s'est penchée sur les changements — et qui rejoint en partie ce que M. Raphael disait plus tôt — concernant ceux qui ont le plus bénéficié de ces décennies de création de richesses sans précédent. Ce n'est pas le Canadien moyen. Ce n'est pas non plus le citoyen du monde moyen. Bob Evans aime parler de ce phénomène comme de la revanche des riches et de la façon dont une kleptocratie, ou petit groupe de personnes à l'échelle de la planète, s'est approprié la plus grande partie des gains économiques réalisés au cours des 20 dernières années.

En passant, le Centre canadien de politiques alternatives publiera demain une mise à jour de cette étude. J'ai entendu dire par ses auteurs que cette nouvelle version présentera des données encore plus inquiétantes au sujet des questions d'équité économique au Canada. Je vous encourage à la lire.

Pourquoi sont-elles importantes? Pour de nombreuses raisons. À l'échelle mondiale, à mesure que les inégalités augmentent, on constate des mouvements migratoires, autant de personnes désespérées à titre de réfugiés que de personnes qualifiées cherchant de meilleures occasions dans des pays plus fortunés et drainant, dans les faits, leurs pays respectifs du capital humain nécessaire à la croissance ou au développement intérieur. Dans un pays, plus les inégalités sont prononcées, plus il faut une croissance importante pour réduire la pauvreté résiduelle. À cela vient s'ajouter une détérioration de la cohésion sociale et, encore plus important, un déclin de la solidarité — ce que, en sociologie, nous appellerions la solidarité interclasses, où on reconnaît que nous sommes tous dans le même bateau, et qu'il faut donc tous contribuer à une certaine mise en commun des risques pour obtenir le genre de services que nous aimerions avoir quand nous en avons besoin. C'est le principe qui sous-tendait le régime d'assurance-maladie et bon nombre de nos programmes sociaux qui se sont considérablement érodés au Canada ces 20 dernières années.

I will pass on that slide. The take-home message from this one is that, even at a global scale, there is the notion that economic growth is the way to reduce poverty and make the world a better, healthier place. Growth is now increasingly inefficient in its ability to do that. You would have to have sustained global growth at the level of 20 per cent per year to achieve the same amount of poverty reduction as merely taxing 1 per cent of the wealth of the richest 20 per cent and redistributing it to the poorest 20 per cent. A very small amount of redistribution will do far more to reduce poverty than growth at a level of 20 per cent per year, and a growth in our carbon economy of 20 per cent per year will burn us all. We know that. It is really no longer empirically, or even ethically, an issue in terms what we have to confront, globally as well as domestically, how we deal with the questions of the allocation of the scarce resources that we have.

For the sake of getting through to some of the key points, I will try to summarize this by saying that globally, up until the 1980s, what you saw was a convergence in health as well as in income. Around the world, incomes were getting more equal and health was getting more equal. By the 1980s that started to diverge, and by the 1990s that went into a tailspin and began to go in the opposite direction, where health was diverging across the planet, just as income was diverging across the planet and getting worse. One of the factors for that was the early era of globalization with the structural adjustment programs that came about in order to deal with the debt crisis to allow poorer governments — that is, governments that were indebted and poor — to be able to repay past debts. This is the beginning of the orthodoxy of the economic model that is now being questioned multilaterally.

I want to give one example of this in terms of a poor country, Zambia. In order to get a loan from the World Bank and the IMF to pay back the interest on previous loans, in the early 1990s Zambia had to open up its borders to textiles, including second-hand clothing, much of which started as donations in countries such as Canada. That swamped the market and, because it had no production costs, as a result, in eight years Zambia lost all of its infant industries in producing textiles. All of the workers lost their jobs. It swept through the entire manufacturing force. At the same time, previously employed workers moved to the informal and untaxed underground economy. They had to privatize state enterprises, put in user fees, cut health staff, and reduce the salaries of those who remained. They are all aspects of globalization and they all occurred right at the time that the AIDS pandemic in Zambia was beginning to race out of control.

On a broad scale, you see in Africa that all of these globally-imposed economic policies were put in place in these countries right at the time that HIV took off and the death rates and life expectancy began to decline. There is a fairly compelling evidence base for that. In Canada, we need to pay attention to that.

Je vais passer cette diapositive. Le message à retenir est que, même sur le plan mondial, il existe une notion voulant que la croissance économique soit la façon de réduire la pauvreté et de faire du monde un lieu où il fait mieux vivre. Cette croissance est maintenant de plus en plus inefficace sur ce point. Il faudrait une croissance mondiale soutenue d'au moins 20 p. 100 par année pour en arriver au même niveau de réduction de la pauvreté que le simple fait de taxer de 1 p. 100 de plus la richesse des 20 p. 100 les plus riches pour la redistribuer aux 20 p. 100 les plus pauvres. Une redistribution minime est beaucoup plus efficace pour réduire la pauvreté qu'une croissance de 20 p. 100 par année. De toute façon, une telle croissance dans notre économie fondée sur les émissions de carbone nous ferait tous cuire. Nous le savons. Nous ne sommes plus confrontés à un problème empirique ou même éthique, autant à l'échelle mondiale que nationale, concernant l'allocation des maigres ressources dont nous disposons.

Afin d'en arriver à certains des points clés, je vais tenter de résumer le tout en disant que, jusque dans les années 1980, notre planète a connu une convergence des richesses et des revenus. Partout dans le monde, les écarts en matière de revenus et de santé s'amenuisaient. Ces écarts ont recommencé à s'accroître dans les années 1980, puis se sont amplifiés de façon dramatique à l'échelle planétaire dans les années 1990. Un des facteurs ayant contribué à cette situation a été le début de la mondialisation et des programmes de rajustement structurels, créés pour lutter contre la crise de l'endettement et permettre aux gouvernements les plus pauvres — c'est-à-dire les gouvernements endettés et pauvres — de rembourser leurs dettes. C'est le début de l'orthodoxie du modèle économique qui est maintenant remis en question multilatéralement.

Je vais vous donner un exemple de pays pauvre : la Zambie. Pour obtenir un prêt de la Banque mondiale et du FMI pour rembourser les intérêts courus sur des emprunts précédents, la Zambie a dû, au début des années 1990, ouvrir ses frontières aux textiles, y compris aux vêtements usagés, dont une grande quantité provenait de dons de pays comme le Canada. Ces vêtements ont envahi le marché et, comme aucun coût de production ne leur était associé, les industries textiles naissantes de la Zambie ont toutes fermé leurs portes en l'espace de huit ans. Tous les travailleurs ont perdu leur emploi. Ce phénomène a balayé toute la main-d'œuvre manufacturière. Par la même occasion, des travailleurs ayant perdu leur emploi sont passés au travail au noir, non imposé. Le pays a dû privatiser des sociétés d'État, instaurer des frais d'utilisation, et réduire le personnel dans le domaine de la santé ainsi que les salaires des travailleurs restants. Voilà des aspects de la mondialisation, qui se sont produits au moment où la pandémie du sida en Zambie devenait incontrôlable.

Sur une plus vaste échelle, on constate qu'en Afrique l'imposition de toutes ces politiques économiques globales ont coïncidé avec l'apparition du sida, la hausse des taux de mortalité et la baisse des taux d'espérance de vie. Les preuves à ce sujet sont assez éloquentes. Il faut porter attention à cela au Canada.

I will flip quickly through these slides. This slide is interesting only for the reason that we often think we are quite generous in our relations with the poorer countries. During the 1990s we saw an enormous shift. Before, developing countries got a bit more money from us than we got from them, but by 2005 we were getting \$560 million a year more from them than they were getting from us. It is an enormous, not well understood and incredibly scandalous redistribution of wealth from the poor to the rich on a global scale. It mirrors the kind of image we saw about who gains and who does not in Canada over the last few years. That is the nub of the issue that this Senate committee will have to tackle: namely, what drives and what buffers those types of inequalities.

I will pass on these next slides and say that in our knowledge network we have a simple, analytical framework about how we are beginning to approach our understanding of globalization. We have a very complicated framework, which you have. I would be happy to come back and talk about our results when we have them, but in a simple framework of understanding globalization as well as other forms within Canada, the way the social determinants of health become health inequalities is to first stratify people. They stratify them economically, by class and by gender. In the Zambian example, globalization, by opening up the border, stratified those previously employed workers and made them informal street workers who were paid less money, so that they entered a different social stratification.

It also increases or changes the exposure. To go back to the Zambian case, all of a sudden you had families split apart, with men employed in rural textile mills moving to the city to sell cast-off donations. That increased their risk, essentially at that point, of beginning to engage in sex for money. That began to increase the spread of HIV.

There was differential vulnerability: women whose husbands were also absent or perhaps dead because of the early stages of the epidemic. There were no public services available any more. There were user charges; they had to pay to get their kids to school; prices were going up; they were vulnerable to having to move into the sex trade as a way of survival. Because they could no longer afford health services, the health outcomes were different. You can begin to map out how the determinants become health inequalities by following these different social processes.

This is a list of our papers. You can look at it at your leisure. In conclusion, I wanted to underscore that government policies still matter, not only in terms of what Canada can do around globalization but also what it can do domestically.

These are charts with which you might be familiar from the Canadian Population Health Initiative that show market income inequalities and post tax-transfer inequalities. Canada does not do well on this. It does better than some countries but a lot worse

Je ne m'attarderai pas longtemps sur ces diapositives. Celle-ci est intéressante seulement parce que nous nous croyons souvent très généreux dans nos relations avec les pays plus pauvres. Un changement énorme s'est produit dans les années 1990. Auparavant, les pays en développement recevaient un peu plus d'argent de notre part que nous d'eux, mais en 2005 nous recevions 560 millions de dollars de plus par année de ces pays que ce qu'ils recevaient de nous. Il s'agit là d'une redistribution énorme, mal comprise et parfaitement scandaleuse de la richesse des pauvres aux riches à l'échelle planétaire. Cela reflète ce que nous constatons au Canada depuis quelques années au sujet de qui fait des gains et qui n'en fait pas. C'est là l'essentiel de la question dont ce comité sénatorial devra débattre, soit qu'est-ce qui stimule et qu'est-ce qui amortit ces inégalités.

Je vais passer les prochaines diapositives et dire que dans notre réseau de connaissance, nous avons un cadre analytique simple concernant la façon dont nous entreprenons notre approche visant la compréhension de la mondialisation. Il y a un cadre très compliqué, que vous avez. C'est avec plaisir que je reviendrai parler de nos résultats lorsque nous les aurons, mais dans un cadre simple de compréhension de la mondialisation et d'autres formes au Canada, la façon dont les déterminants sociaux de la santé deviennent des inégalités en matière de santé débute par la stratification des gens. Il se forme une stratification économique, selon la classe et le sexe. Dans le cas de la Zambie, en provoquant l'ouverture des frontières, la mondialisation a provoqué la stratification de travailleurs jusqu'alors salariés et les a transformés en travailleurs itinérants moins bien rémunérés, ce qui les a poussés dans une strate sociale différente.

Il y a également augmentation ou modification de l'exposition. Pour revenir à la Zambie, il y a soudainement eu un éclatement des familles, les hommes employés dans des usines de textiles rurales étant forcés de déménager en ville pour vendre de vieux vêtements donnés. Cela a dès lors augmenté le risque qu'ils se prostituent, ce qui a entraîné une hausse de la propagation du sida.

Il y avait une vulnérabilité différentielle : les femmes dont les maris étaient absents ou peut-être morts en raison du début de l'épidémie. Il n'y avait plus de services publics. Des frais d'utilisation ont été instaurés; elles ont dû payer pour envoyer leurs enfants à l'école; les prix ont augmenté; elles devaient contempler la possibilité de devoir se prostituer pour survivre. Comme elles ne pouvaient plus s'offrir des soins de santé, les résultats pour la santé ont changé. On peut commencer à établir comment les déterminants de la santé deviennent des inégalités en matière de santé en suivant ces différents processus sociaux.

Voici une liste de nos documents. Vous pourrez l'examiner à loisir. En conclusion, je voulais souligner que les politiques gouvernementales restent importantes, non seulement pour ce que le Canada peut faire au sujet de la mondialisation, mais aussi pour ce qu'il peut faire à l'échelle nationale.

Voici des tableaux qui vous seront peut-être familiers, car ils proviennent de l'Initiative sur la santé de la population canadienne. Ils illustrent les inégalités du revenu marchand et des post-transferts fiscaux. Le Canada fait piètre figure à ce

than others. Consider, say, seniors. We have done extremely well in our programs in Canada with changing market inequalities for seniors and reducing their poverty rates. However, as Dr. Millar pointed out, we have not done well with children. Sweden does extremely well with them because they subject every one of their policies to human rights-based analysis to see if they are fulfilling their rights obligations. Canada does not do that.

I will pass on the global implications for Canada because that is a whole different discussion, but I will raise these provocative questions, perhaps, as a spark to our discussion. Is globalization reducing the policy space and capacity of all countries to act to decrease inequities in the social determinants of health? We answered that already in some of our work for the network. Yes, there is evidence that that is occurring. We are constrained by the rules of the global market integration in our abilities to be able to manage inequities within our own borders. We need to change that.

Does commitment to both domestic and global health equity require a politics based on rights, redistribution and regulation? That is a slight echoing of Mr. Raphael's challenge. I believe that the work of this committee needs to rise above partisanship, but it cannot rise above ethics or politics.

The Chairman: I wish to thank all three of you for those presentations.

Professor Labonté, I was hoping you would put up a chart showing a health-wealth convergence up until 1980, and then divergence. Do you have such a chart in your possession?

Mr. Labonté: I do not have that with me now, but a chart like that could probably be constructed. This work has been done for us by Giovanni Cornia, who has done a lot of work for the UN, over the years. He has done an incredible multiple regression analysis that found that, in the last 20 years relative to the previous 20 — the counterfactual, as it is called in econometric modelling — our policies related to globalization have actually reduced life expectancy at birth, on average, for the world by about 1.2 years. That was offset by health gains in technology but only to the point that we have had an overall average gain of about 0.2 years relative to not having gone down the path that we took over the past 20 years. I can make some of this available over time, but we have been busily working with this material right now in our work for the WHO commission. By June, we will have quite a bit of stuff to share with this committee.

The Chairman: Thank you very much. We appreciate your sending it along at your convenience.

Does anyone have a direct comparator of Canada and Sweden on the health-wealth equation?

chapitre. Ses résultats sont meilleurs que ceux de certains pays, mais très inférieurs à beaucoup d'autres. Prenons par exemple les aînés. Les programmes canadiens ont obtenu d'excellents résultats dans la réduction des inégalités du marché et des niveaux de pauvreté en ce qui les concerne. Toutefois, comme le Dr Millar l'a souligné, nos résultats sont bien moins reluisants en ce qui concerne les enfants. La Suède obtient d'excellents résultats à ce chapitre, car ce pays soumet chacune de ses politiques à une analyse fondée sur les droits de la personne afin de vérifier si elles respectent les obligations en la matière. Le Canada ne fait pas cela.

Je ne vais pas m'attarder aux incidences globales pour le Canada parce qu'il s'agit là d'un tout autre sujet, mais je vais quand même soulever ces questions provocantes afin de lancer notre discussion. La mondialisation réduit-elle l'espace alloué aux politiques et la capacité de tous les pays d'agir afin de réduire les inégalités dans les déterminants sociaux de la santé? Nous avons déjà répondu à cette question dans certains de nos travaux pour le réseau. Oui, des preuves tendent à démontrer que c'est le cas. Notre capacité à gérer les inégalités à l'intérieur de nos frontières est limitée par les règles de l'intégration au marché mondial. Nous devons changer cela.

L'engagement envers l'égalité sur le plan de la santé tant au pays qu'à l'étranger nécessite-t-il une politique fondée sur les droits, la redistribution et la réglementation? Je fais ici quelque peu écho au défi posé par M. Raphael. Je crois que les travaux de ce comité doivent s'élever au-dessus de la partisanerie, mais pas au-dessus de l'éthique ou des politiques.

Le président : J'aimerais vous remercier tous les trois pour vos exposés.

Professeur Labonté, j'espérais que vous présenteriez un tableau illustrant la convergence entre la santé et la richesse jusqu'en 1980, puis leur divergence. Avez-vous un tel tableau?

M. Labonté : Non, mais il serait probablement possible d'en établir un. Ce travail a été réalisé pour nous par Giovanni Cornia, qui a beaucoup travaillé pour l'ONU au fil des ans. Il a réalisé une incroyable analyse de régression multiple qui a révélé qu'au cours des 20 dernières années, contrairement aux 20 années les ayant précédées — l'approche contrefactuelle, comme on dit en modélisation économétrique —, nos politiques en matière de mondialisation ont en fait réduit l'espérance de vie à la naissance de 1,2 an en moyenne dans le monde. Ce résultat a été contrebalancé par des gains en matière de technologie de la santé, mais seulement jusqu'au point où nous avons obtenu un gain moyen global d'environ 0,2 an par rapport à si nous n'avions pas agi comme nous le faisons depuis 20 ans. Je pourrai vous transmettre une partie de ces données au fil des mois, mais nous avons été très occupés à gérer cette information dans le cadre de nos travaux pour l'OMS. D'ici le mois de juin, nous aurons beaucoup plus d'information à partager avec votre comité.

Le président : Merci beaucoup. Nous serons heureux d'en prendre connaissance quand vous serez prêts.

Quelqu'un a-t-il un comparateur direct entre le Canada et la Suède au sujet du rapport santé-richesse?

Mr. Raphael: It turns out that Andrew Jackson has what he calls the “social development Olympics.” It turns out that the book I am publishing next month compares Canada with the other OECD countries on a whole range of indicators. Generally, what you find is that whatever happens to you, or whatever can happen to you, you are better off if you are in Sweden, whether it is being laid off, deciding to go to university, having children or coming down with a disease. It turns out that the OECD, in its report, *Society at a Glance: 2005* put together a whole range of indicators. They also have *Health at a Glance*. There is tremendous OECD data available. They even make available Excel data files that you can play around with.

To give you one example, I put something together the other day. With respect to unionization rate versus child poverty rate, the United States poverty rate is 26 per cent, going through the roof. Thirteen per cent of their people have a collective agreement. For Canada, it is a 15 per cent poverty rate; we have 31 per cent unionization. Sweden has about a 4 per cent poverty rate, and 92 per cent of their people are unionized.

There is a lot of policy data out there that includes not only Sweden but also a range of other countries, and it turns out the Conference Board of Canada has produced a great deal of data.

The Chairman: Thank you. We would appreciate anything you have which is relatively simple along those lines.

Senator Trenholme Counsell: I am focusing much of my attention these days on child care and early childhood development. I was pleased to see the references to that and references that support my cause and that of many others.

My background is that of a medical doctor, and I need to ask about the quotation from Dr. Millar regarding “health systems quality iceberg” and that the health care system was the second leading cause of death. Perhaps I did not hear that correctly.

Dr. Millar: No, you heard it correctly. The number, 10,000 deaths in hospitals in Canada, is drawn from a major study being published in the CMAJ.

Senator Trenholme Counsell: Is that 10,000 per year?

Dr. Millar: Yes, 10,000 per year, preventable deaths in hospitals related to errors, and there is an additional 18,000 related to non-error adverse events and then an estimated 20,000 in communities. Those data are drawn from U.S. publications where a similar conclusion has been reached. In the usual way we do with Canada versus the United States, you just multiply all those numbers by 10 and you have the same estimates.

In the U.S., in the Journal of the American Medical Association there is an article outlining those numbers and suggesting that adverse events in the health care system are a

M. Raphael : Il appert qu'Andrew Jackson organise ce qu'il appelle les « olympiades du développement social. » Le livre que je publierai le mois prochain compare le Canada aux autres pays de l'OCDE en fonction de toute une variété d'indicateurs. On peut généralement conclure que quoi qu'il nous arrive, ou que quoi qu'il puisse nous arriver, il est préférable que ce soit en Suède, qu'il s'agisse d'être mis à pied, de décider d'aller à l'université, d'avoir des enfants ou de contracter une maladie. L'OCDE a rassemblé une variété d'indicateurs dans un rapport intitulé *Panorama de la société — Édition 2005*. Cet organisme a aussi publié *Panorama de la santé*. Une quantité impressionnante de renseignements sont disponibles auprès de l'OCDE. Il est même possible d'obtenir des fichiers Excel avec lesquels on peut faire des simulations.

Pour vous donner un exemple, j'ai préparé quelque chose l'autre jour. En ce qui concerne le taux de syndicalisation par rapport au taux de pauvreté chez les enfants, les États-Unis ont un taux de pauvreté de 26 p. 100, un sommet. Treize pour cent des travailleurs y ont une entente collective. Au Canada, le taux de pauvreté est de 15 p. 100, avec un taux de syndicalisation de 31 p. 100. Quant à la Suède, le taux de pauvreté y est d'environ 4 p. 100, alors que le taux de syndicalisation y est de 92 p. 100.

De nombreuses données sur la pauvreté portent non seulement sur la Suède, mais aussi sur plusieurs autres pays, et il se trouve que le Conference Board du Canada a lui aussi produit beaucoup de données.

Le président : Merci. Nous apprécions tout ce que vous avez dans ces lignes qui est relativement simple.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je me concentre beaucoup ces temps-ci sur les garderies et le développement des jeunes enfants. J'ai été heureuse de voir des références à ces sujets qui appuient ma cause et celle de plusieurs autres personnes.

J'ai une formation médicale, et je dois vous poser une question au sujet de la citation du Dr Millar concernant l'« iceberg de la qualité des systèmes de santé » et du fait que le système de santé est la deuxième cause de mortalité. J'ai peut-être mal entendu.

Dr Millar : Non, vous avez bien entendu. Ce chiffre, soit 10 000 décès dans les hôpitaux au Canada, est tiré d'une importante étude publiée dans le Canadian Medical Association Journal.

Le sénateur Trenholme Counsell : Il s'agit bien de 10 000 décès par année?

Dr Millar : Oui. Il s'agit bien de 10 000 décès par année dans les hôpitaux, décès qui auraient pu être prévenus car ils sont liés à des erreurs. Il y a de plus 18 000 autres décès dus à des événements défavorables non liés à des erreurs, ainsi que 20 000 décès estimés dans les collectivités. Ces données sont tirées de publications américaines, qui en sont arrivées à une conclusion similaire. Habituellement, lorsqu'on compare le Canada et les États-Unis, on multiplie les chiffres par 10 et on arrive aux mêmes estimations.

Aux États-Unis, le Journal of the American Medical Association a publié un article soulignant ces chiffres et suggérant que les événements défavorables dans le système de

major cause of death. They do not routinely show up because they are not ICD9 or and ICD10 coded cause of death. These are things that are coded with another cause of death when they go to the death certificate. These are studies that have been done doing chart reviews by physicians who have reviewed the cause of death and concluded that there was an error involved.

Senator Trenholme Counsell: Is that second to cardiovascular disease?

Dr. Millar: Yes.

Senator Trenholme Counsell: This is debatable, to a small extent. I do not want to carry on too long, though. If we are looking at 20,000, which is the largest number you have here, community non-error drug deaths, surely that is the whole area of drug abuse and addiction?

Dr. Millar: No, this is related to prescribed pharmaceuticals in primary care.

Senator Trenholme Counsell: Community non-error drug tests?

Dr. Millar: It would be drug interactions, adverse drug reactions, that sort of thing.

Senator Trenholme Counsell: How many deaths are there from cancer a year here in Canada?

Dr. Millar: It is a number slightly smaller than that total of 48,000; I do not have the absolute number in my head, but it is easily obtained.

Senator Trenholme Counsell: I have to accept that. I was quite shocked. I do not know how Dr. Keon felt. That certainly woke me up.

Dr. Millar: The point I am trying to make is to not forget the health care system as a determinant of health, both positive and negative in its nature.

Senator Pépin: We never think about that. I was shocked to hear that health care is responsible for 48 per cent of deaths.

Dr. Millar: No, it is 48,000 deaths, not 48 per cent.

Senator Pépin: That is still quite a figure.

Senator Trenholme Counsell: Are those Canadian figures by extrapolation from American data?

Dr. Millar: The first figure of 10,000 is from a large Canadian study done across the country in urban communities.

Senator Trenholme Counsell: What year was it completed?

Dr. Millar: It was published in, probably, 2003 or 2004.

Senator Trenholme Counsell: With respect to the other two figures, are they extrapolated from American figures or are those data collected here in Canada?

soins de santé sont une cause majeure de décès. Ces événements n'apparaissent pas régulièrement car ils ne font pas partie des causes de décès répertoriées dans la CIM9 ou la CIM10. Il s'agit d'événements associés à une autre cause de décès lorsqu'on rédige le certificat de décès. Il s'agit d'études portant sur des médecins ayant examiné les dossiers de patients décédés et conclu qu'il y avait eu erreur.

Le sénateur Trenholme Counsell : Cela vient donc en deuxième place derrière les maladies cardiovasculaires?

Dr Millar : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ces chiffres sont contestables, dans une certaine mesure. Je ne veux toutefois pas m'éterniser. Prenons le chiffre de 20 000, qui est le plus important illustré ici, concernant les décès dans la communauté dus aux médicaments et non causés par une erreur médicale. Vous voulez sûrement parler du phénomène de la toxicomanie?

Dr Millar : Non. Il s'agit de médicaments sur ordonnance prescrits dans le cadre de soins de première ligne.

Le sénateur Trenholme Counsell : Des tests sur des médicaments menés dans la collectivité?

Dr Millar : Il s'agit d'interactions de médicaments, de réactions indésirables à des médicaments, ce genre de choses.

Le sénateur Trenholme Counsell : Combien de décès par année sont dus au cancer au Canada?

Dr Millar : Un peu moins de 48 000. Je ne me souviens pas du chiffre exact, mais il est facile de l'obtenir.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je dois m'y résoudre. J'ai été assez choquée. Je ne sais pas comment le Dr Keon s'est senti. Ça m'a certainement donné un choc.

Dr Millar : Le message que je tente de faire passer est qu'il ne faut pas oublier que le système de soins de santé est un déterminant de la santé, tant positif que négatif.

Le sénateur Pépin : On ne s'arrête jamais à cela. J'ai été choquée d'entendre que les soins de santé sont responsables de 48 p. 100 des décès.

Dr Millar : Non. Il s'agit de 48 000 décès, pas de 48 p. 100.

Le sénateur Pépin : C'est quand même un chiffre élevé.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ces chiffres sont-ils une extrapolation des données américaines?

Dr Millar : Le premier chiffre de 10 000 décès provient d'une vaste étude canadienne réalisée dans les communautés urbaines du pays.

Le sénateur Trenholme Counsell : En quelle année a-t-elle été complétée?

Dr Millar : Elle a été publiée en 2003 ou en 2004.

Le sénateur Trenholme Counsell : Quant aux deux autres chiffres, s'agit-il d'extrapolations des données américaines, ou ont-ils été obtenus au Canada?

Dr. Millar: No, they are extrapolated from the U.S.

Senator Trenholme Counsell: I can only hope we are doing a lot better than this data indicates.

Dr. Millar: Unfortunately, the evidence does not support that. These studies have been completed in Canada, the U.S., England, Australia and New Zealand. Everywhere they have been completed, the figures come out very similar. Canada does not look any better.

Senator Callbeck: Thank you for appearing here today. You have certainly provided us with a lot of information.

Dr. Millar, I want to ask a couple of questions on your presentation. In the revenue spending scenario, are those figures based on British Columbia?

Dr. Millar: That is correct.

Senator Callbeck: You are saying that 71.3 per cent of the budget will be taken up by health in 10 years. Are you just talking about the health care system, or are you talking about factors that affect health care such as housing?

Dr. Millar: No. I am talking about straight Ministry of Health expenditures on hospitals, physicians, pharmaceuticals and community care.

Senator Callbeck: Do you have figures that are based in other provinces?

Dr. Millar: The figure of 42 per cent in 2005, appearing on the left-hand side of that chart, is similar right across the country. Most provinces are currently running around 40 to 45 per cent of their budgets.

Senator Callbeck: Projecting 10 years down the road, do you know whether other provinces are talking about something like that?

Dr. Millar: I have not seen those projections from the other provinces, but I suspect they would be remarkably similar.

Mr. Labonté: Up until a few years ago, I was in Saskatchewan. At that time, there were similar types of projections undertaken in Saskatchewan. There were arguments that if we did not deal with fairly dramatic forms of health system reform, the ability or space to be able to invest in other determinants of health would start to be eroded. That is an important point around health care systems, namely the determinant of health.

There is another aspect that we have not looked at, and that is the financing of health care systems as a determinant of health. Around the world, out-of-pocket payment for health care is the leading cause of poverty. It is called medical poverty. More people are plunged into medical poverty around the world than are lifted out of poverty by economic growth. Canada has not yet been seriously afflicted by that, but the United States suffers from it tremendously.

Dr. Millar : Il s'agit d'extrapolations des données américaines.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je ne peux que souhaiter que nous fassions beaucoup mieux que ce que ces chiffres indiquent.

Dr. Millar : Malheureusement, les preuves ne vont pas dans ce sens. Ces études ont été réalisées au Canada, aux États-Unis, en Angleterre, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Les résultats sont très semblables dans tous ces pays. Le Canada ne semble pas faire meilleure figure.

Le sénateur Callbeck : Merci d'être venu nous parler aujourd'hui. Vous nous avez certainement fourni beaucoup d'information.

Docteur Millar, j'aimerais vous poser quelques questions au sujet de votre exposé. Les chiffres utilisés dans le scénario des revenus et des dépenses proviennent-ils de la Colombie-Britannique?

Dr. Millar : En effet.

Le sénateur Callbeck : Vous dites que 71,3 p. 100 du budget sera consacré à la santé dans 10 ans. Parlez-vous seulement du système de soins de santé, ou des facteurs qui influencent les soins de santé comme le logement?

Dr. Millar : Non. Je parle de dépenses directes du ministère de la Santé pour les hôpitaux, les médecins, les médicaments et les soins à la collectivité.

Le sénateur Callbeck : Avez-vous des chiffres concernant d'autres provinces?

Dr. Millar : Le résultat de 42 p. 100 en 2005, qui apparaît à la gauche de ce tableau, est semblable partout au pays. La majorité des provinces consacrent actuellement de 40 à 45 p. 100 de leur budget à la santé.

Le sénateur Callbeck : Savez-vous si d'autres provinces font de telles extrapolations de 10 ans dans le futur?

Dr. Millar : Je n'ai pas vu de telles extrapolations de la part d'autres provinces, mais je suppose qu'elles seraient très semblables.

M. Labonté : J'étais en Saskatchewan jusqu'à il y a quelques années. Des extrapolations semblables y avaient été entreprises à l'époque. Certains affirmaient que si on ne procédait pas à une réforme en profondeur du système de soins de santé, la capacité et la possibilité d'investir dans d'autres déterminants de la santé commenceraient à s'effriter. Les déterminants de la santé constituent un élément important quand il est question des systèmes de soins de santé.

Nous n'avons pas examiné un autre aspect, celui du financement des systèmes de soins de santé comme déterminant de la santé. Partout dans le monde, les dépenses liées aux soins de santé constituent la principale cause de pauvreté. On parle ici de pauvreté induite par la médecine. Dans le monde, il y a davantage de personnes plongées dans la pauvreté en raison de la médecine que de personnes tirées de la pauvreté grâce à la croissance économique. Le Canada n'a pas encore été sérieusement touché par cette tendance, mais les États-Unis en souffrent terriblement.

The nature of financing of our public goods, be it health care, education or anything else, has a dramatic, indirect role as a determinant of health in terms of foregone expenditures and what it means. That is why income measures in themselves are extremely important but do not capture the full impact of public policies on people's capacities for health.

Senator Callbeck: I wish to ask another question with respect to the messages. You say that Canada has led the world in understanding the causal links between the determinants and health and well-being. Then you say Canada has been slow with attaining this knowledge. I would like to get your opinions on record as to why you feel we have been so slow.

Mr. Raphael: Let us look at the year 1986. The conclusion I have come to — and we can certainly get reaction from others — is that John Myles, who is a political economist at the University of Toronto and a very smart man, said that by the end of the 1970s, Canada had a welfare state that looked very similar to Sweden.

Clyde Hertzman, in an article that just came out in *Social Science & Medicine*, also argued that, compared to the U.S., Canada maintained its welfare state through the early 1980s.

What occurred was the debt crisis. The decision on how to deal with the debt crisis in Canada, for the most part, involved cutting social spending. In European countries, they have dealt with worse debts in very different ways. I hate to use jargon but it is real. There has been a greater preference for what people have called neoliberalism. That is, an emphasis on the marketplace and individuals as opposed to community.

I believe a Liberal senator wrote a book called *Hard Turn Right*. You may recognize the name. I do not remember it. What Canada had during the 1980s and 1990s is something we may call entrenchment or withdrawal. People in the area of public health now perceive, unless they happen to be in some specific regions — and we can name the good guys, such as Waterloo region, Peterborough interior region, Chinook region and Edmonton — they perceive that raising these issues as public health issues are very simply career threatening. It sounds overdramatic, but it is not.

When health units raise issues such as housing, poverty and food bank use, either there is a reality or a perception that they then get hit hard by provincial governments, and perhaps federal governments, that do not want to hear about it.

Political scientists have talked about how public policy has shifted over the last 15 years. That shift towards the marketplace and towards an individualized approach conflicts with the social determinants of health approach. It is not compatible. We have seen a retreat from the healthy cities movement in the 1970s and from healthy communities. People such as Perry Kendall in

La nature du financement de nos biens publics, qu'il s'agisse des soins de santé, de l'éducation ou autre, joue un rôle indirect extrêmement important comme déterminant de la santé en termes de dépenses à prévoir et de ce que cela signifie. C'est pourquoi les mesures du revenu en elles-mêmes sont extrêmement importantes, mais ne permettent pas de saisir toute l'incidence des politiques publiques sur les capacités des gens en matière de santé.

Le sénateur Callbeck : J'aimerais vous poser une autre question au sujet des messages. Vous dites d'abord que le Canada est chef de file mondial dans la compréhension des liens de causalité entre les déterminants de la santé et le bien-être. Puis, vous dites que le Canada a été lent à en arriver à cette compréhension. J'aimerais connaître votre opinion officielle concernant les raisons de cette lenteur.

M. Raphael : Revenons à 1986. La conclusion à laquelle je suis arrivé — et nous pouvons certainement obtenir la réaction d'autres personnes — est que John Myles, qui est économiste à l'Université de Toronto et un homme très intelligent, a dit qu'à la fin des années 1970, le Canada était un État-providence très semblable à la Suède.

Clyde Hertzman, dans un article qui vient de paraître dans *Social Science & Medicine*, a aussi déclaré que, comparativement aux États-Unis, le Canada avait maintenu son État-providence jusqu'au début des années 1980.

Puis est arrivée la crise de l'endettement. Au Canada, la lutte contre cette crise a surtout pris la forme de compressions dans les dépenses sociales. Pour leur part, les pays européens ont affronté des dettes bien pires de façons très différentes. Je répugne à utiliser du jargon technique, mais c'est la réalité. On a préféré ce que les gens ont appelé le néolibéralisme, soit une emphase sur le marché et les individus plutôt que sur la collectivité.

Je crois qu'un sénateur libéral a écrit un livre intitulé *Hard Turn Right*. Vous le replacerez peut-être, mais je ne me souviens pas de son nom. Pendant les années 1980 et 1990, le Canada vivait une situation qu'on pourrait appeler retranchement ou retrait. Les spécialistes en santé publique perçoivent maintenant, à moins de vivre dans certaines régions précises — nous pouvons nommer les bonnes, comme celle de Waterloo, de l'intérieur de Peterborough, de Chinook et d'Edmonton —, que le simple fait de parler de ces questions comme de risques contre la santé publique mette tout simplement leur carrière en danger. Cela semble mélodramatique, mais c'est la réalité.

Lorsque des services de santé abordent des sujets comme le logement, la pauvreté et l'utilisation des banques alimentaires, il y a une réalité ou une perception selon laquelle ils sont ensuite sévèrement réprimandés par les gouvernements provinciaux, pour ne pas dire le gouvernement fédéral, qui ne veulent pas en entendre parler.

Les politologues ont parlé de la façon dont les politiques publiques ont changé ces 15 dernières années. Ce glissement vers le marché et une approche individualisée entre en conflit avec l'approche des déterminants sociaux de la santé. Les deux sont incompatibles. Nous avons constaté un recul du mouvement Villes et villages en santé des années 1970. Des gens comme Perry

British Columbia and other medical officers are doing this at risk because it is not consistent with the increasingly dominant approach to governance.

Dr. Millar: The question is: What underlies that and what is behind it? As many of you are politicians, you know that politicians tend to follow where the public goes. The values of Canadians drive these decisions, to some degree. That, in turn, I am sure is a consequence of living next to the United States, which does have a very individualistic approach to things.

However, I think there is an enormous change happening right now. I mentioned in passing the BC Progress Board, which is a group of prominent business people that Premier Campbell has appointed, has come to question how to make progress in British Columbia. They have stated that they must reduce poverty. It is unheard of to have business people say this.

You have heard that the Conference Board is similarly drawing attention to this same problem. Last fall, the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, which consists of 600 public health people in Ottawa, came out with a public statement that the number one issue that we have to address to prevent chronic disease in Canada is to reduce family and child poverty. We are seeing a change in values here, so there is room for optimism.

Mr. Labonté: First, I will be totally unprovocative by stating that one of the reasons that Canada has been so good at producing analysis and policy pronouncement is as a result of the British North America Act and the division of powers between the provincial and federal government. That, essentially, means that the federal government has been an incubator in many instances of these ideas, as have local governments. Provinces run the show, and they get into federal-provincial wranglings that go on.

Hugh Stretton, an old colleague of mine from Australia, when I was doing international consulting in Australia, I remember that he was doing a forecast into the future. He talked about how, as a result of this strange division of powers in Canada, Canada creates these wonderful ideas but does not have the unicameral type of government that allows them to be easily implemented. By the year 2010, according to his projections, Canada became the leading exporter of international consultants. This happened when I was one of them in Australia, so it rang rather close to home. That is one issue.

I think we are all familiar with the concept that the pendulum swings in terms of major orthodoxies or ideas. We have lived through about 20 or 25 years where there was a major shift away from the post-war kind of evolution or the second golden age of capitalism, as it was referred to, with the creation of fairly strong national welfare states that took different forms in different countries, the least perfectly implemented being that of our southern neighbour with whom we are most economically

Kendall en Colombie-Britannique et d'autres médecins dénoncent cela à leurs propres risques car ça ne cadre pas avec l'approche de l'un en plus dominante en matière de gouvernance.

Dr. Millar : La question est la suivante : qu'est-ce qui sous-tend et se cache derrière cela? Comme plusieurs d'entre vous êtes des politiciens, vous savez que les politiciens ont tendance à suivre l'opinion publique. Les valeurs des Canadiens motivent jusqu'à un certain point les décisions. En retour, je suis certain qu'il s'agit là d'une conséquence de la proximité des États-Unis, qui ont une approche très individualiste des choses.

Je crois toutefois qu'un énorme changement est en train de se produire. J'ai mentionné en passant le Progress Board de la Colombie-Britannique, un groupe de gens d'affaires influents nommés par le premier ministre Campbell. Ce groupe en est venu à remettre en question la façon de croître dans cette province. Il a déclaré devoir réduire la pauvreté. C'est du jamais vu provenant de gens d'affaires.

Vous avez entendu que le Conference Board du Canada attire l'attention sur ce même problème. L'automne dernier, l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, qui est formée de 600 représentants de la santé publique, a émis un communiqué selon lequel le principal problème auquel il faut s'attaquer pour prévenir les maladies chroniques au Canada est la pauvreté chez les familles et les enfants. Nous constatons un changement dans les valeurs. Il y a donc encore place à l'optimisme.

M. Labonté : Je serai tout d'abord très neutre en affirmant qu'une des raisons pour lesquelles le Canada est si bon dans les analyses et les politiques provient de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique et de la division du pouvoir entre les gouvernements fédéral et provinciaux. En essence, cela signifie que le gouvernement fédéral a été dans de nombreux cas un incubateur pour ces idées, tout comme les gouvernements locaux. Les provinces mènent le bal et s'empêchent dans des disputes fédérales-provinciales qui s'éternisent.

Je me rappelle que Hugh Stretton, un collègue que j'ai connu en Australie alors que j'y étais consultant international, avait fait une prédiction. Il disait qu'en raison de cette étrange division des pouvoirs au Canada, notre pays a de merveilleuses idées mais ne possède pas le type de gouvernement monocaméral qui lui permet de les mettre facilement en œuvre. D'ici 2010, selon lui, le Canada deviendrait le plus grand exportateur de consultants internationaux. Cela s'est produit alors que j'étais un de ces consultants en Australie, alors ça m'a frappé. Voilà un point.

Je crois que nous connaissons tous le concept du pendule ou du balancier lorsqu'il est question de grandes philosophies ou idées. Nous avons vécu une période de 20 ou 25 ans pendant laquelle il s'est produit une importante réorientation par rapport au genre d'évolution d'après-guerre ou du deuxième âge d'or du capitalisme, comme on l'a appelé, avec la création d'États-providence assez solides qui ont pris diverses formes selon les pays, la moins efficace étant celle de nos voisins du Sud, avec qui

integrated. This is one of our problems and why we do not act on the knowledge we create. We have a tyranny of geography in terms of where we happen to be positioned on the planet.

For all kinds of reasons that different political theorists and historians have gone through, that began to be eclipsed during the 1970's. It was actually started by the quadrupling of oil prices and the kind of global recession that that created. It shifted around at the time when more neo-conservative governments were also coming into power; we know about Reagan in the United States and Thatcher in the United Kingdom. It created a context in which a whole new series of ways of essentially gaining profit were developed with financial market liberalization, different derivatives, technology, that allowed for the creation of an enormous amount of wealth, but in ways that were no longer, either actively or in terms of the capacity of governments, being captured for public-good consequences through the kind of tax and transfer mechanisms that had been in place before. Then governments, in some respects and in varying degrees, tried to outdo or compete with each other on that trajectory. We witnessed that globally in the imposition of international financial institutions on poorer countries.

Now, there has been a shift in that discourse because empirically the benefits that were claimed would be derived from that particular approach have not materialized. Bob Evans liked to describe the gradient of the benefits of a hierarchy always looking better from the top. Unless you happen to be in that rather elite position, the claimed benefits of that particular model empirically have not been demonstrated, and many of its earlier advocates are now rescinding their support for it.

At a global level there is a shift now, in a way, back to some of these issues about the need for social protection, the need to have public insurance programs, the need to have improved taxation and transfer programs. That has not been firmly emplaced in many nations at this point in time, but that is part of the work that the commission is trying to engage with nations, to see how that agenda can be moved forward.

One final point is that we should not mistake the idea that countries that have fairly high levels of progressive taxation, fairly strong welfare kinds of systems that are not based on a residual model — we will just look after the poorest of the poor, in kind of a rather mean-spirited fashion — that these countries are somehow economically uncompetitive. Some of the northern European countries that have the highest levels of taxation, the lowest poverty rates and the best health outcomes also have the lowest unemployment rates and the highest economic output indicators. There is not a built-in contradiction between some of the goals we might want to see economically, with the type of policies that buffer what the market, by itself, cannot produce, the kind of equity issues that we are concerned about, and which are at the core of the social determinants of health.

nous sommes le plus intégrés sur le plan économique. C'est là un de nos problèmes et la raison pour laquelle nous n'agissons pas en fonction des connaissances que nous créons. Nous vivons une tyrannie géographique en raison de l'endroit où nous sommes situés sur la planète.

Pour toutes sortes de raisons que divers théoriciens et historiens politiques ont élaborées, un changement a commencé à s'opérer dans les années 1970. L'élément déclencheur fut le quadruplement des prix du pétrole et la récession mondiale qui a suivi. C'est aussi à cette époque que des gouvernements plus néoconservateurs ont été élus, comme celui de Reagan aux États-Unis et de Thatcher au Royaume-Uni. Cela a créé un contexte où une série de nouveaux moyens de réaliser des profits ont été élaborés avec la libéralisation des marchés financiers, différents instruments dérivés, la technologie, qui a permis la création de richesses immenses, mais selon des moyens qui ne permettaient plus, que ce soit activement ou par la capacité des gouvernements, de les redistribuer pour le bien public par l'intermédiaire des mécanismes de transfert qui avaient été en place jusque-là. Les gouvernements ont alors tenté par divers moyens et à divers degrés de se surpasser ou de se concurrencer l'un l'autre sur cette lancée. Nous avons été témoins de cela à l'échelle mondiale par l'imposition d'institutions financières internationales aux pays les plus pauvres.

On note maintenant une tendance à s'éloigner de ce discours car, empiriquement, les profits prévus ne se sont pas matérialisés. Bob Evans disait que le gradient des profits d'une hiérarchie paraît toujours mieux du sommet. À moins de se trouver dans cette position plutôt élitiste, les bénéfices supposés de ce modèle ne se sont pas matérialisés, et bon nombre de ses défenseurs de la première heure s'en dissocient maintenant.

On note maintenant une tendance mondiale vers un retour à un besoin de protection sociale, de programmes d'assurance gouvernementale, de meilleurs programmes d'impôt et de transferts. Cette tendance n'est pas encore solidement ancrée dans de nombreux pays pour l'instant, mais cela fait partie du travail que la commission tente d'entreprendre avec les nations, à savoir comment faire progresser cette notion.

Pour conclure, nous ne devrions pas nous méprendre sur l'idée que les pays qui possèdent des niveaux d'imposition assez élevés, des systèmes d'aide sociale bien développés non fondés sur un modèle résiduel — on s'occupe seulement des plus pauvres parmi les pauvres, d'une façon assez mesquine — sont plutôt non concurrentiels sur le plan économique. Certains des pays d'Europe du Nord qui ont les niveaux d'imposition les plus élevés, les taux de pauvreté les plus bas et les meilleurs résultats pour la santé ont aussi les taux de chômage les moins élevés et les indicateurs de production économique les plus élevés. Il n'y a pas de contradiction intrinsèque entre certains des objectifs que nous aimerions voir sur le plan économique, le type de politiques qui amortissent ce que le marché ne peut produire par lui-même, et le genre de questions d'équité qui nous préoccupent et qui sont au cœur des déterminants sociaux de la santé.

The Chairman: Senator Pepin, by the way, is the vice-chair of this subcommittee. She is a great politician and she was a nurse before she entered her political career.

[Translation]

Senator Pépin: I must admit, I am quite distressed by everything you have told us. I noted a number of things: that the choices made by the government will determine the health of our population; that there seems to be a movement in certain countries to correct the situation; that globalization will obviously affect health, but not how I thought it would; and that our programs here in Canada are falling apart.

I knew that Canada was not ranked very high, but after listening to our three witnesses, I am quite distressed by everything I am learning. Above all, however, I realize the importance of this committee and our work.

Also, if I understood correctly, with respect to health and poverty, you said that the expertise of the various governments does not mesh entirely with today's reality; or rather, that we know what is going on, but we are not making the necessary links.

What is the most effective way for us to do something? We can write an excellent report, but practical action is needed. Where do we begin?

[English]

Mr. Raphael: One of the things that I suggest to people when I visit a health unit — first of all, keep in mind that you are not alone. There is a national coordinating centre for the determinants of health. That is part of the public health agency in St. Francis Xavier, and they are dealing with the same question.

Think about tobacco. First, we had to educate people. Then we had to do the analysis and the statistics, and basically we had to change people's understandings.

We did a wonderful survey where people were called up and asked off the top of their head their important determinants of health. Eighty-six per cent of Canadians said diet, exercise and weight. There was not a reportable mention of poverty, even when they went through the list asking the importance of "income" and "having a job" as a determinant of health. Credible, though. At the very minimum, the discourse has to be shifted a bit.

The next thing that I suggest is: find out where the good guys are. There are many good guys now. One of the questions you asked is: Who would be in favour of this approach? What I might suggest is that you look at my résumé, and to the groups to which I have been speaking: registered nurses associations, legal clinics, and Ontario municipal services. You are not alone; I am not alone.

Le président : En passant, madame le sénateur Pépin est vice-présidente de ce sous-comité. Elle est une grande politicienne et était infirmière avant d'entrer en politique.

[Français]

Le sénateur Pépin : Je dois avouer que je suis passablement bouleversée par tout ce que vous nous avez dit. J'ai noté bien des choses : que c'est par les choix que le gouvernement fera que notre population sera en santé; qu'il semble y avoir un mouvement dans certains pays pour rétablir les choses; que la mondialisation va évidemment affecter la santé, mais pas dans le sens que je le croyais; et que nos programmes sont érodés au Canada.

Je savais que le Canada n'était pas très haut placé dans le classement, mais après vous avoir écouté tous les trois, je suis passablement bouleversée par tout ce que j'apprends. Mais surtout, je réalise le travail et l'importance de notre comité.

Si j'ai bien compris également, en ce qui concerne la santé et la pauvreté, vous dites que les connaissances des différents gouvernements ne sont pas tout à fait actualisées par rapport à la réalité d'aujourd'hui; ou plutôt que nous le savons, mais ne faisons pas les liens nécessaires.

Quelle est pour nous la façon la plus efficace de vouloir faire quelque chose? On peut écrire un bien beau rapport, mais cela prend quelque chose de pratique. Par où commencer?

[Traduction]

M. Raphael : Parmi les choses que je conseille aux gens lorsque je visite un service de santé, c'est, tout d'abord, de ne pas oublier qu'ils ne sont pas seuls. Il y a un centre national de coordination qui s'occupe des déterminants de la santé. Cela fait partie de l'agence de la santé publique à St. Francis Xavier, et on y étudie la même question.

Pensez au tabac. En premier lieu, il nous a fallu éduquer les gens. Puis, nous avons dû effectuer les analyses et colliger des statistiques. Pour l'essentiel, il nous a fallu modifier les perceptions des gens.

Nous avons réalisé un magnifique sondage téléphonique, dans le cadre duquel nous avons demandé aux gens de nous indiquer à brûle-pourpoint ce qu'étaient pour eux les déterminants importants de la santé. Quatre-vingt-six pour cent des Canadiens ont répondu : le régime alimentaire, l'activité physique et le poids. Il n'y a pas eu de mention digne de ce nom de la pauvreté, même lorsque les gens se sont prononcés à partir d'une liste où on leur demandait l'importance du « revenu » et d'un « emploi » comme déterminant de la santé. C'est crédible, toutefois. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il faut réorienter quelque peu le discours.

Je propose ensuite la chose suivante : déterminez les gens qui sont disposés à vous appuyer. Il y en a beaucoup maintenant. Vous avez notamment posé la question suivante : qui serait en faveur de cette approche? Je vous conseille de jeter un coup d'œil sur mon curriculum vitae et de vous informer des organismes devant lesquels j'ai pris la parole : des associations d'infirmières et infirmiers autorisés, des cliniques d'aide juridique et des services municipaux de l'Ontario. Vous n'êtes pas seuls; je ne suis pas seul.

The other thing is that it is distressing. Some of the most distressed people are people like me who moved up here to get away from all of that. Thus, it is education; it is policy analysis; it is looking to other examples and basically realizing that most people who care about each other are receptive to these ideas. They just do not hear it very much. They do not hear it. You know what they hear. It is not in the media. One reporter said to me, "I know there is a relationship between health and poverty. Try pitching that to my editor."

There are lots of forces but I think that, as has been suggested, the tide is turning. When I looked up the members of this committee, whom some of you were back when you were more influenced than you might be now, these ideas were commonplace. They just have to be brought back into currency again. One of the slides I have is Pierre Trudeau and the Just Society, from his memoirs, so I use that. It is there; it has just been pushed down a bit.

Dr. Millar: The question you ended with is: Where do we start? I would say, look for successful examples in other countries. Sweden is a wonderful example. Maybe you should go over there and talk to them. What have they done? They have set about 10 major goals. As you have just heard, they have already addressed poverty. They have virtually eliminated child and family poverty but they still, in their goals, emphasize the importance of children, the importance of early childhood development, and the importance of education. They look at the importance of work and employment conditions. They look at the importance of housing and communities. Then they also look at how they can further drive tobacco use down; how they can improve physical activity; how they can improve nutrition, and reduce alcohol and drug use. They have national goals set for every one of those things.

We were very close to that, but it seems to have fallen off the agenda. That would be one thing: Set some national goals that address the determinants and the risk factors. The other thing is to look at structures within government to actually pursue those goals across government. The British called it joined-up government so you get away from the silos.

This is happening in B.C. now. It is a good example. You can get Premier Campbell to come and talk to you about it because he has all of his ministers working together to try and improve health.

Sweden has that model. The U.K. has that model. Here in Canada we have those models. Therefore I believe there are lots of very practical things you could do to start with.

L'autre élément, c'est que c'est décourageant. Parmi les gens qui sont le plus découragés, il y a des gens comme moi qui sont venus s'installer ici pour s'éloigner de tout cela. Il s'agit donc d'une question d'éducation; il faut analyser les politiques; il faut étudier d'autres exemples et, au fond, se rendre compte que la plupart des gens qui se soucient les uns des autres sont réceptifs à ces idées. Ce qu'il y a, c'est qu'ils n'en entendent pas beaucoup parler. Ils n'en entendent pas parler. Vous savez de quoi ils entendent parler. Cela ne se retrouve pas dans les médias. Un journaliste m'a dit : « Je sais qu'il existe un lien entre la santé et la pauvreté. Si pensez pouvoir en convaincre mon chef de service, bonne chance. »

Beaucoup de forces sont à l'œuvre, mais je pense que, comme on l'a fait valoir, nous assistons à un renversement de tendance. Lorsque j'ai consulté la liste des membres de votre comité, dont certains étaient plus influençables que vous ne l'êtes peut-être maintenant, ces idées étaient largement répandues. Il suffit simplement de leur redonner droit de cité. L'une des diapositives que j'ai porte sur Pierre Trudeau et la Société juste, d'après ses mémoires, et je l'utilise. Ce courant de pensée existe toujours; il a simplement perdu un peu de terrain.

Dr Millar : Vous avez terminé sur la question suivante : où faut-il commencer? Je dirais, recherchez des exemples de succès dans d'autres pays. La Suède est un magnifique exemple. Vous devriez peut-être vous y rendre et vous entretenir avec les responsables. Qu'ont-ils fait? Ils ont fixé environ dix objectifs de première importance. Comme on vient de le dire, ils se sont déjà attaqués à la pauvreté. Ils ont pratiquement éliminé la pauvreté chez les enfants et dans les familles, mais dans leurs objectifs, ils continuent d'insister sur l'importance des enfants, l'importance du développement de la petite enfance et l'importance de l'éducation. Ils étudient l'importance du travail et des conditions d'emploi. Ils étudient l'importance du logement et des collectivités. Ils se penchent également sur les moyens à prendre pour faire reculer davantage le tabagisme; sur les moyens d'accroître l'activité physique; sur les moyens d'améliorer la nutrition, et de réduire la consommation d'alcool et de drogues. Ils ont fixé des objectifs nationaux pour chacun de ces volets.

Nous sommes très près de cette situation, mais la problématique semble s'être quelque peu estompée. Voilà une chose que nous pourrions faire : fixer des objectifs nationaux afin de nous attaquer aux déterminants et aux facteurs de risque. Il faut également déterminer les structures, au sein de l'administration publique, par lesquelles nous allons poursuivre ces objectifs dans tous les champs d'activité des pouvoirs publics. Les Britanniques ont appelé cela un gouvernement groupé; il faut donc se dégager des œillères.

Cela est en train de se faire en Colombie-Britannique en ce moment. C'est un bon exemple. Vous pouvez obtenir du premier ministre Campbell qu'il vienne vous en parler, car tous ses ministres unissent leurs efforts dans le but d'améliorer la santé.

La Suède a ce type de modèle. Le Royaume-Uni l'a. Ici, au Canada, nous avons ces modèles. Voilà pourquoi je suis d'avis qu'il y a beaucoup de choses très concrètes qu'on peut faire pour commencer.

Mr. Labonté: Again, the trinity. I would say the first thing is to be upset. There is nothing as powerful as evidence-informed anger in terms of creating change. When I was trying to respond to that question about who would be interested in this subject-matter, I differ a little bit from Mr. Raphael around people in terms of understanding the determinants of health. If you asked people what it was in their life that was affecting their own health, they will give you the answer around the determinants of health. If you ask them in the abstract way about what makes people healthy, they will give you that cartoon with all of the little spinning wheels because that is the top of the mind abstract.

In terms of when you go out and work with communities as part of your undertaking, in hearing the personalized stories of what it is in people's own lives that is important for their health, you will probably get a richness of understanding about the determinants. People, I think, will galvanize around those issues when their own interests are at stake. Your own interests are at stake if you are a parent and you do not have access to adequate child care; if you are looking after an elderly parent and cannot get access to some sort of supportive housing for them; if you are trying to deal with education but cannot afford the cost of post-secondary education. Those are instances where people will begin to galvanize around that.

When we look at the equity distribution in Canada, as elsewhere, we find that it is the groups that have the least amount of resources and the least amount of power that will be most affected by the public policy choices that governments at all levels make about resource allocation. How are their voices heard? Their voices can be heard sometimes by compelling individuals who come forward, but usually it is through some formal organizational structure, some civil society organization, often supported by professional organizations, but the key is their own organized voice. One of the difficulties here is that, right now, Canadian laws are essentially clamping down on the ability of those organizations to undertake any form of advocacy. You cannot get funding from the government now if you have "advocacy" sitting anywhere in your organizational mandate. That is a simple way of silencing all but the people who do not need government funding to support their voices, which means everybody who can make it on their own in the market without having to deal with the government to sort of buffer the problems the market creates.

The committee might want to consider looking at what are the existing government policies that are aiding or impeding the ability of Canadians to express their concerns about policies affecting the determinants of health.

I will leave it at that, as a start.

M. Labonté : Encore une fois, c'est la trinité. Je dirais que la première chose, c'est d'être en colère. Rien n'est plus puissant qu'une colère étayée par des faits lorsqu'il s'agit de susciter du changement. Lorsque je tentais de répondre à la question de savoir qui s'intéresserait à ce sujet, je diverge quelque peu d'opinion avec M. Raphael au sujet de la compréhension qu'ont les gens des déterminants de la santé. Si vous demandez aux gens ce qui, dans leur vie, a des incidences sur leur propre santé, ils vont vous donner une réponse touchant les déterminants de la santé. Si vous leur demandez de manière abstraite ce qui fait que les gens sont en santé, ils vont vous donner une réponse stéréotypée, car dans l'abstrait, l'esprit se porte d'abord sur les perceptions dominantes.

Lorsque vous œuvrez avec les collectivités dans le cadre de votre initiative, lorsque vous entendrez les récits personnalisés à propos de ce qui est important du point de vue de la santé dans la vie des gens, vous obtiendrez probablement une riche compréhension des déterminants. Les gens, je pense, vont se mobiliser sur ces enjeux lorsque leurs propres intérêts sont en jeu. Vos propres intérêts sont en jeu si vous avez des enfants et vous n'avez pas accès à des services adéquats de garde d'enfants; si vous vous occupez d'un parent âgé et ne pouvez pas obtenir accès à un logement répondant à ces besoins; si vous tentez de faire de ce qu'il faut dans le domaine de l'éducation, mais ne pouvez vous permettre le coût des études postsecondaires. Voilà le genre d'enjeux sur lesquels les gens vont se mobiliser.

Lorsque nous nous penchons sur la répartition des ressources financières au Canada, comme ailleurs, nous constatons que ce sont les groupes qui possèdent le moins de ressources et le moins de pouvoir qui seront le plus touchés par les choix de politiques publiques que les gouvernements, de tous les ordres, font sur l'affectation des ressources. Comment leurs voix se font-elles entendre? On peut parfois entendre leur voix au moyen de personnes charismatiques qui prennent position publiquement, mais, habituellement, on les entend par l'intermédiaire d'une structure organisationnelle officielle, d'une organisation de la société civile, voix souvent soutenue par des organisations professionnelles, mais la clé réside dans leur propre voix organisée. L'une des difficultés qui se pose chez nous tient au fait qu'en ce moment, les lois canadiennes, pour l'essentiel, répriment la capacité de ces organisations de mener à bien quelque activité de défense de leur cause que ce soit. Une organisation ne peut pas obtenir de financement du gouvernement en ce moment si la notion de «défense d'une cause» fait partie de son mandat. C'est là une façon simple de réduire au silence tous les gens, sauf ceux qui ont besoin d'un gouvernement gouvernemental pour soutenir leurs prises de parole, ce qui s'applique à toutes les personnes qui peuvent s'en tirer sur le marché sans avoir recours au gouvernement pour qu'il atténue, en quelque sorte, les problèmes que crée le marché.

Le comité pourrait décider de s'intéresser aux politiques gouvernementales actuelles qui soutiennent ou entravent la capacité des Canadiens d'exprimer leurs préoccupations quant aux politiques qui ont des incidences sur les déterminants de la santé.

Je vais m'en tenir à cela, en guise de point de départ.

Senator Fairbairn: Thank you for being here. You have asked a question: How is this sector of our society heard? How does it get attention? This is a very interesting day for me, after an interesting day yesterday. One of the ways in which they are heard, it seems, in this particular year is by the Senate of Canada. I have come here today, and I have been on this committee for quite some time, and there is something else I have been involved in for quite sometime. I am reading your things here and I see early life education and early childhood development, education. On this one, it is early childhood development and health systems.

I mention this only because the other part of what I do is about literacy. It is about learning from the very beginning. When you talk about Sweden and places such as that, they have a different system than we do, totally. I think that there might be four Swedes in all of the country who cannot read and the government is out trying to find them to get them going, whereas we have to fight every inch of the way here in Canada to have these programs put in place and accepted that will help people get through this difficult part of living.

If that cannot be done, then when folks like yourself, and when all our doctors and our nurses are trying to do the best they can, we have a big problem because the people they are trying to help find it very difficult to understand and respond. At this point in time — and Senator Callbeck was with us — our Committee on Agriculture that is currently studying rural poverty has just started on the road. We have been having hearings like this for the better part of last year. We are starting on the road and we have visited Atlantic Canada. What is in your papers today we heard in a different way, but we heard it everywhere we went. The one thing that was not making it all rather depressing was the feeling of absolute pleasure and delight of the people who came to our hearings that somebody was at least listening, or trying. Whatever we could do, at least we were trying.

When it comes to this huge title of Subcommittee on Population Health, would you think it is fair to assume that one of the factors that will and must — and hopefully can be done, and it has to be done through some kind of government facility, but enabling our country and the people in it to be able to communicate and to read and to understand what it is we are talking about? Would you consider the foundation of literacy and education development as one of the major foundations of what you are building on and what you are doing and what we are trying to do here?

Mr. Raphael: The Institute for Research and Public Policy, which I always call Hugh Segal's group, have a policy challenge. They are having a conference in a couple of weeks and they have identified seven major challenges. They went to Clyde Hertzman and Bob Evans and they asked what were the three

Le sénateur Fairbairn : Merci d'être des nôtres. Vous posez une question : Comment ce secteur de notre société se fait-il entendre? Comment retient-il l'attention? Je vis une journée très intéressante, après la journée intéressante d'hier. L'une des façons par lesquelles il se fait entendre, il me semble, dans cette année donnée, c'est par l'intermédiaire du Sénat du Canada. Je me suis présenté ici aujourd'hui, et je siège au sein du comité depuis un certain temps, et il y a autre chose à laquelle je m'intéresse depuis un certain temps. Je lis vos prises de position ici et je vois l'éducation et le développement de la petite enfance, l'éducation. Sur ce point, il s'agit du développement de la petite enfance et des systèmes de santé.

Je ne fais mention de cela que parce que je m'occupe également d'alphabetisation. Il s'agit de commencer à apprendre depuis le tout début. Vous parlez de la Suède et d'autres pays similaires : leur système est différent du nôtre, complètement. Je crois qu'il y a peut-être quatre Suédois dans tout le pays qui ne savent pas lire et le gouvernement tente de les trouver pour les mettre dans le circuit, alors qu'il nous faut mener une lutte de tous les instants ici au Canada pour que ces programmes soient mis en place et acceptés, de manière à ce que nous aidions les gens à surmonter cette période difficile de leur vie.

Si on ne peut y parvenir, au moment où des gens comme vous, où tous nos médecins et toutes nos infirmières, font de leur mieux, nous avons un gros problème, car les gens qu'ils tentent d'aider ont beaucoup de mal à comprendre et à réagir. En ce moment — et le sénateur Callbeck était avec nous —, notre comité de l'agriculture, qui étudie la pauvreté rurale, vient de commencer sa tournée. Nous avons tenu des audiences comme celles-ci pendant une bonne partie de l'année dernière. Nous commençons notre tournée et nous avons fait un séjour dans les provinces de l'Atlantique. Ce que vous lisez dans vos journaux d'aujourd'hui, nous l'avons entendu dit dans d'autres mots, mais nous l'avons entendu partout où nous sommes allés. Si cela n'a pas été plutôt déprimant, c'est le sentiment de plaisir absolu et de ravissement des gens qui se sont présentés à nos audiences, parce qu'il y avait quelqu'un qui, au moins, les écoutait, ou, du moins, tentait de le faire. À tout le moins, nous nous efforçons de faire ce que nous pouvions faire.

S'agissant de cette appellation impressionnante de sous-comité sur la santé des populations, d'après vous, est-il équitable de supposer qu'un des facteurs qui sera et qui devra..., et espérons que nous y arriverons, et il faut que nous y arrivions par l'intermédiaire d'une instance gouvernementale ou d'une autre, mais il faut habiliter notre pays et ses habitants à communiquer, à lire et à comprendre le sens de nos propos? Estimez-vous que la maîtrise de la lecture et de l'écriture, ainsi que le développement de l'éducation, figurent parmi les principaux fondements de votre action et de ce que nous tentons de faire ici?

M. Raphael : L'Institut de recherche en politiques publiques, que j'appelle toujours l'organisme de Hugh Segal, est confronté à un défi sur le plan des politiques. Il tient une conférence dans deux semaines et il a cerné sept défis de première importance. Il a demandé à Clyde Hertzman et à Bob Evans de lui indiquer les

things that would improve health outcomes. Number one was the early childhood development program. Again, it all clusters together.

Any time you go to these OECD reports and look for government spending on education, Canada is a laggard. When you look at government spending on active labour policy, we are a laggard. We certainly heard recently about cutbacks to adult education. Yes, they cannot even get that foundation in there. We have some real issues. There is one little problem. If everybody reads well but we do not change the work structure — in other words, people still have very low-paying, insecure jobs — then literacy, by itself, will not improve things. One would like to think society would respond; that as literacy improves, work conditions will improve. Again, literacy is absolutely essential; it is a foundation. As it turns out, the countries that do very well in health also do very well on literacy. Carl Hertzman points out that if you are a high school dropout in Canada, your kid has crummy literacy skills. However, if you are a dropout in Sweden, your kid's literacy skills are probably similar to those of a university graduate's kids. They flatten that literacy gradient, and they flatten it by being reasonable. That is what is so maddening about this whole aspect. It is the most reasonable stuff in the world. You do not want three families living in an apartment in St. Jamestown. Yes, it is an absolute foundation.

Dr. Millar: To add to that, the answer to your question clearly is “yes.” Literacy and early childhood development are key. However, you do not want to be thinking that there is a magic bullet approach to population health. What we have learned over the last 10 or 20 years in health promotion and in population health is that for complex problems, you need complicated solutions. You need to think of all of these things. The child who does get early childhood development done well but then hits the school system and comes from a poor family that cannot afford to feed him will not learn because he is hungry. That is related to housing, to work and to everything else. The point is that we do not want to just focus on any one area, but we know the major half dozen areas on which the government should be focusing. Then the challenge is how to get a coordinated effort across government and into other sectors of society in order to do something about those factors.

trois éléments qui amélioreraient les résultats dans le domaine de la santé. Ils ont mentionné en premier lieu un programme de développement de la petite enfance. Encore une fois, les choses se regroupent.

Il y a une constante dans les rapports de l'OCDE sur les dépenses gouvernementales en matière d'éducation : le Canada est en queue de peloton. Pour ce qui est des dépenses gouvernementales relatives à une politique active dans le domaine de la main-d'œuvre, nous sommes en queue de peloton. Chose certaine, nous avons entendu parler récemment de compressions touchant l'éducation des adultes. Eh! oui, le gouvernement n'arrive même pas à mettre cette fondation en place. Nous sommes confrontés à de réels enjeux. Il y a un petit problème qui se pose. Si tout le monde maîtrise bien la lecture, mais si nous ne changeons pas la structure du travail — en d'autres termes, les gens ont toujours des emplois très mal rémunérés et n'offrant pas de sécurité —, la maîtrise de la lecture et de l'écriture, en elle-même, n'améliorera pas les choses. On aimerait pouvoir se dire que la société va réagir, qu'au fur et à mesure que la maîtrise de la lecture et de l'écriture va progresser, les conditions de travail vont s'améliorer. Je le répète, la maîtrise de la lecture et de l'écriture est absolument essentielle; elle est une fondation. Il se trouve que les pays qui obtiennent de bons résultats dans le domaine de la santé obtiennent également de très bons résultats en matière de lecture et d'écriture. Carl Hertzman fait remarquer que si vous avez décroché de l'école secondaire au Canada, votre enfant va très mal maîtriser la lecture et l'écriture. Toutefois, si vous êtes un décrocheur en Suède, la maîtrise qu'aura votre enfant de la lecture et de l'écriture sera probablement similaire à celle des enfants d'un diplômé universitaire. Les responsables de ce pays écrasent cette courbe de la lecture et de l'écriture, et ils le font en se montrant raisonnables. C'est le côté tellement ahurissant de toute cette question. C'est ce qu'il y a de plus raisonnable au monde. On ne veut pas que trois familles vivent dans un appartement à St. Jamestown. Oui, c'est une fondation absolue.

Dr. Millar : Pour ajouter à cela, la réponse à votre question est manifestement affirmative. La lecture et l'écriture, ainsi que le développement de la petite enfance, revêtent une importance cruciale. Toutefois, il faut se garder d'une approche de type remède miracle en ce qui concerne la santé des populations. Nous avons appris, au cours des 10 ou 20 dernières années, qu'en matière de promotion de la santé et de santé des populations, les problèmes complexes appellent des solutions complexes. Vous devez réfléchir à tous ces éléments. L'enfant qui bénéficie d'un bon développement de la petite enfance, mais qui vient d'une famille pauvre, qui n'a pas les moyens de le nourrir, n'apprendra pas une fois arrivé dans le système scolaire, car il a faim. Cela est lié au logement, au travail et à tout le reste. Ce qui compte, c'est qu'il ne faut pas mettre l'accent sur un seul domaine, mais nous connaissons la demi-douzaine de domaines importants sur lesquels le gouvernement devrait mettre l'accent. Alors, le défi qui se pose consiste à mener une action coordonnée dans tous les champs d'activité du gouvernement et dans d'autres secteurs de la société afin d'agir sur ces facteurs.

Mr. Labonté: I want to weigh in on that issue. The task of this committee will be extremely challenging because every time we talk about an important determinant and a possible domestic solution to it, my own work in the last ten years hits me over the head like a two-by-four and says "No, it is necessary but far from sufficient." The problem we face, and Mr. Raphael hinted a little bit about it, is that we know already that there is credential inflation. The work that people used to do with a high school diploma, now they need a bachelor's degree to do; for work done in the past with a bachelor's degree, now they need a master's; and for a master's, now they need a Ph.D. We now put people through not one, but two or three post-doctoral fellowships before we put them out into the labour market. We have insufficient labour demand. We have a huge, overwhelming surplus of labour on a global scale at every skill level, from the least skilled to the most skilled. In the European Union, highly skilled workers are taking huge concessions now in Germany because with the EU consolidation the companies are saying, "We will move to Hungary. They have many Ph.D. people already. They will be half the price." We will be facing that with China and India. Even in highly-skilled labour, if we are looking at it in terms of economic benefits or the benefits that accrue to education, in the past education was the ticket to a better job, better income, better determinants of health. In the future, it will not be that way, at least to the same extent it was in the past.

We need to rewrite the social contracts that we have seen eroded over the last 25 years. They will not look the same as they did before, but they have to have the same effect, which is essentially to mediate and buffer the inequalities that inherently arise from markets, which even market economists will say inevitably arise. Those are not just the social inequalities but the environmental externalities. We must rewrite our social contracts with those end points in mind. We cannot just do it within Canada. Canada has to do it globally. We could do the best thing here locally, but it is a bit like cities having great programs and the province simply undoing 20 years of progress in the cities; or the provinces doing many good things, only to have the federal government step in. I do not know; the BNA Act is a bit of a puzzle to me. However, globally we know that Canada could engage in relationships internationally to undermine its capacity domestically.

We need a new social contract domestically and globally. There is increasing recognition that that is what we need to survive. That is what we need to do. What it contains and how we get there, I am not sure. There is a lot of debate, but that is,

M. Labonté : Je veux intervenir sur cette question. La tâche de ce comité posera d'énormes défis, car chaque fois que nous parlons d'un déterminant important et d'une éventuelle solution nationale, les travaux que j'ai effectués moi-même ces dix dernières années viennent frapper mon esprit et me disent : « Non, c'est nécessaire, mais c'est loin d'être suffisant. » Le problème auquel nous sommes confrontés, et M. Raphael y a brièvement fait allusion, c'est que nous savons déjà qu'il y a une inflation des titres de compétence. Pour faire le travail qu'ils accomplissaient auparavant avec un diplôme d'études secondaires, ils ont maintenant besoin d'un baccalauréat; pour le travail qu'ils accomplissaient par le passé avec un baccalauréat, ils ont maintenant besoin d'une maîtrise; et là où une maîtrise suffisait, on exige maintenant un doctorat. Les étudiants doivent maintenant mener à terme non pas un, mais deux ou trois cycles d'études postdoctorales avant de pouvoir intégrer le marché du travail. Notre demande de main-d'œuvre est insuffisante. Nous avons un excédent énorme, écrasant, de main-d'œuvre à l'échelle locale à tous les niveaux de compétence, des emplois les moins qualifiés aux plus qualifiés. Dans l'Union européenne, des travailleurs très qualifiés acceptent maintenant d'énormes concessions en Allemagne, parce qu'en raison de la consolidation de l'UE, les entreprises disent : « Nous allons déménager en Hongrie. Ce pays compte déjà de nombreux titulaires de doctorat. Ils vont nous coûter la moitié du prix. » Nous allons être confrontés à ce problème dans les cas de la Chine et de l'Inde. Même dans le cas de la main-d'œuvre très qualifiée, si nous étudions la situation du point de vue des retombées économiques ou des retombées qui reviennent à l'éducation, par le passé, l'éducation ouvrait la porte à un meilleur emploi, un meilleur revenu, à de meilleurs déterminants de la santé. Il n'en sera pas de même à l'avenir, du moins pas dans la même mesure que par le passé.

Il nous faut réécrire les contrats sociaux dont nous observons l'érosion depuis 25 ans. Ils n'auront pas le même aspect qu'avant, mais il faut qu'ils aient le même effet, essentiellement un effet de médiation et d'atténuation des inégalités qui sont une conséquence intrinsèque des marchés, inégalités qui, de l'avis même des économistes, vont inévitablement surgir. Il ne s'agit pas seulement des inégalités sociales, mais aussi des facteurs externes d'ordre environnemental. Nous devons réécrire nos contrats sociaux en tenant compte de ces résultantes. Nous ne pouvons pas le faire simplement au sein du Canada. Le Canada doit le faire à l'échelle mondiale. Nous pourrions mener la meilleure action à l'échelle locale, mais c'est un peu comme le cas des villes qui ont d'excellents programmes et la province, tout simplement, efface 20 ans de progrès dans les villes; ou encore, les provinces font beaucoup de bonnes choses, et le gouvernement fédéral s'en mêle. Je ne sais pas, mais j'ai un peu de difficulté à comprendre la Loi sur l'Amérique du Nord britannique. Toutefois, à l'échelle mondiale, nous savons que le Canada pourrait tisser des relations internationales qui saperaient ses capacités sur le plan interne.

Nous avons besoin d'un nouveau contrat social national et mondial. On reconnaît de plus en plus que c'est ce dont nous avons besoin pour survivre. C'est ce que nous devons faire. Ce qu'il contiendra et comment nous y parviendrons, je n'en suis pas

to me, the most exciting part of the committee. When Monique and I first began talking about this committee and what we would see as an outcome of our engagement with the Commission on the Social Determinants of Health, what we agreed upon and what I quite unabashedly said is that if, at the end of the day, we have people in Canada talking seriously, passionately and honestly about the importance of equity in our country, without fear of being dismissed by right-wing tabloids as vaguely reminiscent of the 1960s, or some other moniker like that, if we can re-esteem that discourse around politics, where equity matters, we will have accomplished quite a bit. That is the doorway into the details of that particular social contract.

I want to make one other comment for you to keep in mind as you do your work. We have talked much about the Nordic countries. There is not just Sweden; there is Norway, Finland and the northern European countries. They always tend to do better, but they are under some considerable strain right now. One thing is different about the Nordic countries — and this goes back to why our social contract has to look different now. The original welfare state that we have now seen eroded over the last 25 years was really predicated on two phenomena. The first was cross-class solidarity, which meant at the time it was being created that the outrageously huge inequalities that we now see between the top 0.001 per cent of the population and everyone else did not exist. We did not have the small number of uber-rich controlling so much of the national wealth. There was less inequality and a greater sense of solidarity; that what happened to you could happen to me. There was also at that time a much larger cultural homogeneity, a sense of relatedness, that we were all more or less the same.

One of the reasons that has been put forward as to why the Scandinavian countries have been able to preserve their welfare system to the extent that they have is that they still have much more culturally homogeneous populations than the Anglo-American market liberal countries that, along with their market liberalism, also tended to have much more open doors to migrants from what are now low-income and middle-income countries. It does not mean that we cannot strive for a new social contract that has those same effects, but we must recognize that we are grappling with, in many ways, a more complex social environment than characterizes some of those model countries in northern Europe. We can take what we can use usefully, but also embrace the challenge that we have from such an open-door policy around migrants, which creates richness but also creates a greater challenge around achieving the notion of social solidarity.

The Chairman: Before we adjourn, I want to take you back, because you have talked a great deal about early childhood development, and this is a favourite of subject of Senator

sûr. Il y a beaucoup de débats, mais cela, pour moi, est la partie la plus exaltante des travaux des comités. Lorsque Monique et moi avons commencé à parler de ce comité et de ce qui résulterait pour nous de notre dialogue avec la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, de ce sur quoi nous nous sommes entendus et de ce que j'ai dit, sans ambages, c'est qu'au bout du compte, nous avons des gens au Canada qui parlent sérieusement, passionnément et honnêtement de l'importance de l'équité dans notre pays, sans craindre que des tabloïdes de droite ne nous disqualifient comme rappelant vaguement les années 1960, ou un autre épouvantail de ce type, si nous pouvons réhabiliter ce discours sur la vie politique, où l'équité compte, nos réalisations seront loin d'être négligeables. Cela nous amène aux détails de ce contrat social donné.

Je souhaite faire une autre observation que je vous invite à garder à l'esprit dans vos travaux. Nous avons beaucoup parlé des pays nordiques. Il n'y a pas seulement la Suède; il y a la Norvège, la Finlande et les pays d'Europe du Nord. De manière générale, ils obtiennent toujours de meilleurs résultats, mais ils sont soumis à des contraintes considérables en ce moment. Il y a une chose qui distingue les pays nordiques — et cela nous ramène aux raisons pour lesquelles il nous faut maintenant modifier notre contrat social. À l'origine, l'État-providence à l'érosion duquel nous avons assisté au cours des 25 dernières années était fondé, en fait, sur deux phénomènes. Le premier était la solidarité par-delà les classes, ce qui signifie qu'à l'époque où il a été créé, les inégalités scandaleusement énormes que nous observons maintenant entre la tranche supérieure des 0,001 p. 100 de la population et tous les autres citoyens n'existaient pas. Il n'y avait pas ce petit nombre de gens über-riches qui détenaient une aussi grande partie de la richesse nationale. Il y avait moins d'inégalités et un plus grand sentiment de solidarité, à savoir que ce qui vous arrivait à vous pouvait m'arriver à moi. Il existait également, à cette époque, une homogénéité culturelle beaucoup plus grande, le sentiment d'être liés les uns aux autres, le sentiment que nous étions plus ou moins tous les mêmes.

L'une des raisons que l'on a avancées pour expliquer comment les pays scandinaves ont pu préserver leur système de bien-être social dans la mesure où ils l'ont fait tient à ce qu'ils ont des populations beaucoup plus culturellement homogènes que les pays anglo-américains à marché libéral qui, en plus de leur libéralisme des marchés, ont eu tendance à avoir des politiques d'ouverture à des migrants en provenance de pays qui sont maintenant des pays à revenu faible et intermédiaire. Cela ne veut pas dire que nous ne pouvons pas rechercher un nouveau contrat social qui ait les mêmes effets, mais nous devons reconnaître le fait que nous sommes aux prises, à de nombreux égards, avec un milieu social plus complexe que celui qui caractérise certains de ces pays modèles dans le Nord de l'Europe. Nous pouvons absorber ce qui nous est utile, mais nous devons également épouser le défi que nous pose une politique des portes ouvertes au sujet des migrants, qui crée de la richesse, mais suscite un défi plus important relativement à la notion de solidarité sociale.

Le président : Avant que nous ne nous ajournions, je veux vous ramener, parce que vous avez beaucoup parlé du développement de la petite enfance, et c'est là un sujet favori du sénateur

Trenholme Counsell. Fraser Mustard has been preaching this gospel for years out of the Canadian Institute of Advanced Research.

Dr. Millar, particularly to you because you have a link there, the last time I talked to Fraser Mustard, he said that we must back up well beyond that. In other words, we must back up well beyond early childhood development, because the child that is born from a poor mother has a tremendously increased risk of cancer, congenital anomalies, retardation, and the list goes on and on. The chances of that child getting a square shot at life are very poor. The intervention must start with the mother. Please comment on that.

Dr. Millar: I agree. That is absolutely right. If we do not deal with preconception, we will then have an intergenerational problem that keeps repeating itself. We will not solve it unless we take that approach.

The Chairman: Thank you all very much. We deeply appreciate your coming here on such short notice. It is tremendously important to us to have had this hearing today. It was absolutely terrific.

The committee adjourned.

Trenholme Counsell. Fraser Mustard prêche cet évangile depuis des années en s'appuyant sur l'Institut canadien de recherches avancées.

Docteur Millar, particulièrement à vous parce que vous avez un lien dans ce domaine car, la dernière fois que j'ai parlé à Fraser Mustard, il a affirmé que nous devons nous appuyer bien au-delà de cela. En d'autres termes, nous devons nous appuyer bien au-delà du développement de la petite enfance, car l'enfant

né d'une mère pauvre a un risque énormément plus élevé de cancer, d'anomalies congénitales, de retards, et la liste s'allonge et s'allonge. Les probabilités que cet enfant ait une bonne chance de réussir sa vie sont très minces. L'intervention doit commencer par la mère. Veuillez nous présenter vos observations à ce sujet.

Dr Millar : Je suis d'accord. C'est absolument juste. Si nous ne nous occupons pas de la préconception, nous aurons un problème intergénérationnel qui ne cessera de se répéter. Nous ne le réglerons pas si nous ne suivons pas cette approche.

Le président : Merci beaucoup à tous. Nous vous savons profondément gré d'avoir comparu devant nous avec un préavis si court. Il est d'une importance énorme pour nous d'avoir tenu cette audience aujourd'hui. Cela a été tout à fait formidable.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Thursday, February 22, 2007

World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health:

The Honourable Monique Bégin, P.C., Commissioner.

Wednesday, February 28, 2007

Institute of Population Health:

Ronald Labonté, Canada Research Chair in Globalization and Health Equity.

School of Health Policy and Management, York University:

Dennis Raphael, Professor.

Provincial Health Services Authority, British-Columbia:

Dr. John Millar, Executive Director, Population Health Surveillance and Disease Control.

TÉMOINS

Le jeudi 22 février 2007

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé :

L'honorable Monique Bégin, P.C., commissaire.

Le mercredi 28 février 2007

Institut de recherche sur la santé des populations :

Ronald Labonté, chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé.

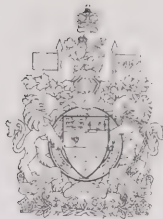
School of Health Policy and Management, Université York :

Dennis Raphael, professeur.

Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique :

Dr John Millar, directeur général, Surveillance de la santé des populations et contrôle des maladies.





First Session
Thirty-ninth Parliament, 2006-07

SENATE OF CANADA

*Standing Senate Committee on
Social Affairs, Science and Technology*

Proceedings of the Subcommittee on

Population Health

Chair:

The Honourable WILBERT J. KEON

Wednesday, March 21, 2007
Wednesday, March 28, 2007

Issue No. 2

Third and fourth meetings on:

The impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's populations — known collectively as the social determinants of health

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-neuvième législature, 2006-2007

SÉNAT DU CANADA

*Comité sénatorial permanent des
Affaires sociales, des sciences et de la technologie*

Délibérations du Sous-comité sur la

Santé des populations

Président :

L'honorable WILBERT J. KEON

Le mercredi 21 mars 2007
Le mercredi 28 mars 2007

Fascicule n° 2

Troisième et quatrième réunions concernant :

Les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)



THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-président : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, March 21, 2007
(4)

[English]

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee of Social Affairs, Science and Technology met at 4:15 p.m. this day, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., and Keon (5).

Other senators present: The Honourable Senators Eggleton, P.C., Munson (2).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Science and Technology Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 21, 2007, the subcommittee continued its study on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health. (*See Issue No. 1, Thursday, February 22, 2007, for the complete text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Public Health Agency of Canada:

Dr. Sylvie Stachenko, Deputy Chief Public Officer, Health Promotion and Chronic Disease Prevention;

Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Strategic Policy, Communications and Corporate Services Branch;

Maura Ricketts, Acting Director General, Office of Public Health Practice, Public Health Practice and Regional Operations Branch.

Statistics Canada:

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development.

Kunin-Lunenfeld Applied Research Centre:

Dr. Sholom Glouberman, Associate Scientist.

Sylvie Stachenko made a statement. Together with Jim Ball and Maura Ricketts, she answered questions.

At 5:20 p.m., Michael Wolfson and Sholom Glouberman each made a statement. Together, the witnesses answered questions.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 21 mars 2007
(4)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 15, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., et Keon (5).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Eggleton, C.P., et Munson (2).

Également présents : De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste, Division des sciences et de la technologie.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 21 février 2007, le sous-comité poursuit son étude sur les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité du jeudi 22 février 2007.*)

TÉMOINS :

Agence de santé publique du Canada :

Dre Sylvie Stachenko, administrateur en chef adjointe de la santé publique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques;

Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générale des politiques stratégiques, des communications et des services généraux;

Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales.

Statistique Canada :

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement.

Kunin-Lunenfeld Applied Research Centre :

Sholom Glouberman, scientifique associé.

Sylvie Stachenko fait une déclaration. Avec Jim Ball et Maura Ricketts, elle répond aux questions.

À 17 h 20, Michael Wolfson et Sholom Glouberman font chacun une déclaration. Les témoins répondent ensemble aux questions.

It was agreed that the following budget application be adopted for submission to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

Summary of Expenditures:

Professional and Other Services	\$ 132,500
Transportation and Communications	\$ 35,700
All Other Expenditures	\$ 1,000
Total	\$ 169,200

At 6:00 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, March 28, 2007
(5)

[English]

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee of Social Affairs, Science and Technology met at 4:21 p.m. this day, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, and Pépin (6).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Science and Technology Division and Michael Toye, Research Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 21, 2007, the subcommittee continued its study on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health. (*See Issue No. 1, Thursday, February 22, 2007, for the complete text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Institute of Population and Public Health:

Dr. John Frank; Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research.

Global Health and Social Policy:

Dr. Jody Heymann, Canada Research Chair in Global Health and Social Policy.

McGill University:

Dr. John Lynch, Canada Research Chair in Population Health.

John Lynch, Jody Heymann and John Frank each made a statement. Together the witnesses answered questions.

Il est convenu que la demande de budget suivante soit adoptée et présentée au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie :

Résumé des dépenses :

Services professionnels et autres	132 500 \$
Transports et communications	35 700 \$
Autres dépenses	1 000 \$
Total	169 200 \$

À 18 heures, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 28 mars 2007
(5)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 21, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (6).

Également présents : De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste, Division des sciences et de la technologie, et Michael Toye, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 21 février 2007, le sous-comité poursuit son étude sur les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité du jeudi 22 février 2007.*)

TÉMOINS :

Institut de la santé publique et des populations :

Dr John Frank, directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada.

Santé et politique sociales dans le monde :

Dr Jody Heymann, chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde.

Université McGill :

Dr John Lynch, chaire de recherche du Canada en santé des populations.

John Lynch, Jody Heymann et John Frank font chacun une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

At 6:08 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

À 18 h 8, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du sous-comité,

Josée Thérien

Clerk of the Subcommittee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, March 21, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: First, let me thank everyone who has appeared today from the department and the Public Health Agency of Canada to help us and advise us at the very early stage of our hearings, which will occur over about two years with respect to our work on population health.

We are privileged to have with us today Dr. Sylvie Stachenko, who has a tremendous background and experience in this field. Please proceed with your presentation, Dr. Stachenko.

Dr. Sylvie Stachenko, Deputy Chief Public Officer, Health Promotion and Chronic Disease Prevention, Public Health Agency of Canada: I will begin by thanking you for this great opportunity to present to you today. The reason I have colleagues with me is that they are two pillars in the agency around determinants of health and social determinants.

To my right is Mr. Jim Ball, who is very much involved with the WHO Commission on Social Determinants of Health work and very much involved in the work that looks at models of intersectorial action working with other countries.

My other colleague, Dr. Maura Ricketts, will be coordinating work around the first public health report that will be presented to Parliament by the Chief Public Health Officer. That will happen in September 2008. The theme of that report will be reducing health inequalities and addressing social determinants.

Obviously, there is a lot of work happening in the agency. I thought it would be useful for you to meet Mr. Ball and Dr. Ricketts, in the event that in future you want to be able to connect with them.

I have a fairly long presentation, which I will shorten in length. To provide you a sense of what I want to do, I will be structuring my comments around four major themes. The first theme will involve what we know. I will not dwell too much on that because I think you have heard much from other experts. The second, third and fourth themes will involve what we are learning, what we have done in Canada and elsewhere, as well as where we see opportunities ahead.

In terms of what we know, basically we have fairly good and robust knowledge in certain areas. Basically, we know that the most robust body of evidence is around linking income,

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 21 mars 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 15 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : J'aimerais d'abord remercier tous les représentants du ministère et de l'Agence de santé publique du Canada qui ont témoigné aujourd'hui pour nous aider et nous conseiller dans notre travail sur la santé des populations à ce stade préliminaire de nos audiences, qui s'échelonneront sur environ deux ans.

Nous avons le privilège d'avoir avec nous aujourd'hui la Dre Sylvie Stachenko, qui a énormément d'expérience dans le domaine. Veuillez commencer votre exposé, docteur Stachenko.

Dre Sylvie Stachenko, administratrice en chef adjointe de la santé publique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada : Je tiens tout d'abord à vous remercier de me donner l'occasion de témoigner devant vous aujourd'hui. Je suis accompagnée de collègues parce qu'ils sont deux piliers à l'agence en matière de déterminants sociaux et de déterminants de la santé.

À ma droite, j'ai M. Jim Ball, qui s'engage à fond auprès de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS et participe activement aux travaux d'étude des modèles de mesures intersectoriels en collaboration avec d'autres pays.

Mon autre collègue, Mme Maura Ricketts, coordonnera les travaux entourant le premier rapport sur la santé publique qui sera présenté au Parlement par l'administrateur en chef de la santé publique. Le rapport sera déposé en septembre 2008. Il portera sur la réduction des inégalités en matière de santé et les déterminants sociaux.

Évidemment, beaucoup de travail est accompli à l'agence. J'ai pensé qu'il vous serait utile de rencontrer M. Ball et Mme Ricketts, si jamais vous souhaitez pouvoir communiquer avec eux dans le futur.

Mon exposé est assez long, mais je vais l'écourter. Pour vous donner un aperçu de ce que je souhaite faire, je vais articuler mes observations autour de quatre thèmes principaux. Le premier porte sur ce que nous savons. Je ne m'y attarderai pas trop puisque d'autres experts vous en ont probablement déjà parlé. Les trois autres thèmes se rapporteront à ce que nous apprenons, à ce que nous avons réalisé au Canada et ailleurs, de même qu'aux orientations futures.

Pour ce qui est de ce que nous savons, essentiellement nous possédons des connaissances assez bonnes et solides dans certains secteurs. En gros, nous savons que la preuve la plus probante que

education, status and employment to health — and that is across a number of different health outcome indicators. That is where we have a fairly robust body of knowledge.

In terms of following policy approaches, we are looking at what we know with respect to the types of approaches and the models that are emerging to address those broader determinants. I would say that body of knowledge is emerging. It is starting to be documented, which is important.

The third piece, the most challenging piece, involves how to measure the impacts on health of the various sectorial policies. That is a bit of the lens I wanted to provide. Basically, the “what” is easy to define, where the “how” is more difficult.

We have known this for a long time, but this slide illustrates the case that, basically, health is largely determined by factors outside of the health care system and the health care domain. The Lalonde report was the first in Canada to determine that the health field was broader than just the health care domain. The slide indicates a number of countries aligned on the horizontal axis, and you are seeing the expenditures expressed by per capita spending on the line. You will see that countries that spend a lot do not necessarily have better life expectancy. This slide is illustrating that case.

What are the factors beyond the health care domain that we know affect health? This slide is drawn from research conducted in Canada that is well-known worldwide, from the Canadian Institute for Advanced Research. It has listed a number of determinants, and they had a fair body of research to be able to identify those. You will see here that they have identified 10 of these determinants, but we have recently added globalization. I think you heard from Ron Labonte. The global trends and influences now interface with these other determinants. Basically, however, this is the list of determinants. In terms of the classification of this, we always see emerging common threads. We have had a number of WHO reports that also looked at the list of determinants. In Europe, there were the solid facts. Basically, it is always the same.

You have asked about the relative importance of determinants of health. This is very difficult because, basically, all of these determinants interact with each other. The context as exists among different countries is also extremely important in terms of that relative importance. Basically, if you want to know what the relative importance is, it seems that the cluster of income, education, employment and social status has a profound influence on people's health. As well, early childhood development is also critical, but it is not only critical in terms of the patterns during a child's lifetime. It also has a strong importance in terms of what I would say are intergenerational effects — the next generation. That is very important in terms of that determinant.

nous pouvons établir est en associant le revenu, l'éducation, le statut et l'emploi à la santé — et c'est dans un grand nombre d'indicateurs de la santé. C'est à ce niveau que nous possédons un ensemble de connaissances assez vaste.

En ce qui concerne les approches stratégiques, nous examinons ce que nous savons relativement aux types d'approches et aux modèles émergents pour s'attaquer aux principaux déterminants. Je dirais qu'un ensemble de connaissances est en train de se créer. Il commence à être étayé, ce qui est important.

Le troisième thème, le plus difficile, consiste à trouver comment mesurer les effets qu'ont les diverses politiques sectorielles sur la santé. C'est grosso modo ce que je voulais vous donner comme aperçu. Essentiellement, le « quoi » est facile à définir, alors que le « comment » est plus difficile.

Nous le savons depuis longtemps, mais cette diapositive illustre la situation selon laquelle, dans l'ensemble, la santé est largement déterminée par des facteurs externes au système et au domaine des soins de santé. Le rapport Lalonde a été le premier au Canada à établir que le domaine de la santé était plus vaste que simplement le domaine des soins de santé. Un certain nombre de pays sont alignés sur l'axe horizontal, et vous pouvez voir les dépenses par habitant qu'ils ont engagées sur la ligne. Vous remarquerez que les pays qui dépensent beaucoup n'ont pas nécessairement une plus longue espérance de vie. Cette diapositive le met en lumière.

Quels facteurs qui ne se limitent pas aux soins de santé influent sur la santé, à notre connaissance? Cette diapositive est tirée d'une recherche faite au Canada par l'Institut canadien des recherches avancées et bien connue dans le monde. La liste d'un certain nombre de déterminants a été dressée. Pour identifier ces déterminants, les chercheurs ont consulté un nombre important de documents de recherche et ils en ont relevé 10, mais nous avons récemment ajouté la mondialisation. Je crois que vous avez déjà entendu parler de Ron Labonte. Les tendances et influences mondiales sont maintenant liées à ces autres déterminants. Cependant, c'est essentiellement la liste des déterminants. Pour les classer, nous voyons toujours émerger des points communs. Nous avons reçu un grand nombre de rapports de l'OMS qui traitent aussi de la liste des déterminants. L'Europe disposait de faits bien établis. On retrouve essentiellement toujours les mêmes déterminants.

Vous m'avez interrogé sur l'importance relative des déterminants de la santé. Il m'est très difficile de répondre, car pratiquement tous ces déterminants agissent les uns sur les autres. Le contexte tel qu'il existe dans différents pays est également extrêmement important au chapitre de l'importance relative. On peut donner une idée générale de l'importance relative en disant que le revenu, l'éducation, l'emploi et le statut social ont une influence considérable sur la santé des populations. De plus, le développement de la petite enfance est également essentiel, mais pas seulement pour les différentes évolutions dans la vie d'un enfant. Il revêt également une grande importance pour ce que j'appelle les effets intergénérationnels — la prochaine génération. C'est très important pour ce déterminant.

I am showing this slide, which I am sure you have seen often. It simply emphasizes what I have just stated, that all of these determinants interconnect. What you see here is something that has been utilized by the WHO Commission on Social Determinants of Health. They look at layers and zones of influence, starting from the outside, which are the broader socioeconomic, cultural and environmental conditions that obviously interface with living and working conditions through social and community networks affecting individual lifestyles. Basically, they are all interconnected. Up to a decade or two ago, we defined most of our problems in terms of health around the first layers. Therefore, the solution to that problem is defined in terms of individual approaches. The more broadly you define your issue and your domains, the solution, as you can see, will be more complex and will involve other sectors. That is the challenge, both in terms of policy responses as well as, more predominantly now, in terms of evaluation. How does one evaluate these complex approaches?

The next slide illustrates something I am sure you have heard about — and it comes from the work of Michael Marmot — that is, that health status improves in a step-wise manner for each increment in the following: income and social status, education, and employment. We need to not only think that if we address social determinants we will affect the less well-off in society; basically, as a result of this gradient, we will affect the entire population. Therefore, we will also affect those that are better off. It is a layered type of effect, which is important to be aware of.

The next slide is to provide you with an example that just came out. This is a recent report from the Health Council of Canada on diabetes. On the left, we see the prevalence of diabetes in the population with the lowest income and on the right the prevalence of diabetes in the population with the higher income. Again, we see a gradient approach. We see a three-fold difference. There are pretty major differences in health outcomes, according to this slide.

What are the specific vulnerable subpopulation groups that have a relatively disproportionate burden of disease? This slide represents work that was undertaken by a FPT task group on health disparities, which was established for the conference of deputy ministers in 2005. They have identified actions needs to identify three subcategories: First, individuals in lower socioeconomic status groups. We know that leads to reduced life expectancy, higher infant mortality and a higher prevalence of chronic diseases. The second category involves Aboriginal identity. We know that Aboriginal peoples have higher death rates, particularly from chronic diseases. The third category is gender, which we know obviously interacts with other determinants. Although women live longer, they experience more years in an unhealthy state.

Je suis persuadée que vous avez vu souvent cette diapositive. Elle met simplement en évidence ce dont je viens juste de faire état, que tous ces déterminants sont reliés. Le schéma que vous voyez ici a été utilisé par la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Elle étudie les couches et les zones d'influence, en commençant par l'extérieur, qui sont les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales générales évidemment liées aux conditions de vie et de travail par l'entremise des réseaux sociaux et communautaires ayant une incidence sur le mode de vie des particuliers. Bref, elles sont pratiquement toutes reliées. Il y a encore une ou deux décennies, nous pensions que la majorité de nos problèmes de santé étaient dus aux premières couches. Par conséquent, la solution à ce problème se caractérise par des méthodes individuelles. Plus vous définissez votre problème et vos domaines, plus la solution, comme vous pouvez le constater, sera complexe et mettra en jeu d'autres secteurs. C'est le défi à relever, tant au chapitre des orientations que, encore plus maintenant, sur le plan de l'évaluation. Comment évalue-t-on ces approches complexes?

La prochaine diapositive illustre un phénomène dont vous avez certainement déjà entendu parler — qui est tiré de l'ouvrage de Michael Marmot — selon lequel l'état de santé s'améliore progressivement chaque fois que l'un des éléments suivants s'améliore : le revenu et le statut social, l'éducation et l'emploi. Il faut non seulement garder à l'esprit que si nous nous attaquons aux déterminants sociaux, nous influencerons sur la vie des moins nantis de la société; mais de façon générale, nous influencerons l'ensemble de la population des suites de ce gradient. Par conséquent, nous aurons aussi une incidence dans la vie des mieux nantis. C'est un effet à multiples niveaux, et il est important d'en être conscient.

La prochaine diapositive est un exemple qui vient juste d'être publié. C'est un rapport récent sur le diabète produit par le Conseil canadien de la santé. À gauche, nous avons le taux de diabète au sein de la population ayant le revenu le plus faible et, à droite, le taux de diabète au sein de la population ayant le revenu le plus élevé. Encore une fois, nous remarquons un exemple de gradient. Nous voyons que le premier taux est le triple du second. Cette diapositive montre des écarts très marqués dans les résultats de santé.

Quels sont les sous-groupes vulnérables précis qui sont touchés de manière disproportionnelle par la maladie? Cette diapositive montre le travail entrepris par un groupe de travail FPT sur les inégalités en matière de santé, qui a été formé pour la Conférence des sous-ministres en 2005. Ce groupe a établi les mesures à prendre pour cerner trois sous-groupes. Il y a d'abord les personnes issues de groupes ayant un statut socioéconomique inférieur. Nous savons qu'un faible statut socioéconomique est associé à une espérance de vie réduite, à un taux de mortalité infantile supérieur et à une incidence de maladies chroniques plus élevée. Le deuxième groupe vise les particuliers d'origine autochtone. Nous savons que les Autochtones ont un taux de décès plus élevé, dû surtout aux maladies chroniques. Le troisième groupe concerne le sexe, qui est évidemment relié à d'autres déterminants. Bien que les femmes vivent plus longtemps, elles sont en mauvaise santé plus longtemps.

Finally, on geographic location, the people who are living in remote communities have the worst disability-free life expectancy and the lowest life expectancy in the country. That is just a categorization that was identified and reported for the conference of deputy ministers. It is the result of a fair amount of research requested for this work.

What are we learning? We are now talking about one aspect — how economic development and social policies could affect health. However, because we want to think about the messaging in social sectors, we need to look at the relationship of health as a key contributor to the economic development of a country. We need to learn more about that equation if we want to have any “buy-in” from other sectors. How does health become an asset for society and a key contributor to the economy?

In that context, there has been a fair amount of work done by the OECD, the WHO, the World Bank and, more recently, the European Union on that equation, which results from the fact that increased health obviously increases productivity, labour supply, educational achievement and human capital development. There is a new body of evidence around health and the economy, besides the traditional health and wealth. That is highly important as we move forward in the messaging, so I wanted to mention it before the committee today.

What are we learning from other countries and from within Canada in terms of addressing the determinants and the social determinants? I would suggest that many interesting efforts and initiatives are taking place in Europe, at the European Union level and at the national level. The European Union, through article 152 of the Amsterdam Treaty, is legally bound to consider health in all its policies. Change takes time, but they are beginning with a legislative base in looking at ways to integrate health considerations in all of their social policy decisions. They have developed an observatory and are looking at how they can accomplish that.

During its presidency of the European Union, Finland developed an important report, entitled “Health in all Policies,” published in 2006, I believe. That report provides a strong basis for examining the experiences to determine what is known and not known to help them move forward. That document is important in terms of capturing many of the European experiences that could shape and help us to develop.

The United Kingdom has been in the lead in terms of the conceptual and analytical part in respect of poverty and health, with its Black report, the Whitehall report and the Acheson report. Interestingly, the U.K. has moved to action; in 2003, an analysis of cross-governmental programs and spending review took place to estimate the contributions made in terms of reducing health inequalities. In that review, targets were established for reducing health inequalities, in terms of both increasing life expectancy and reducing infant mortality. Interestingly, public service agreements are required from all

Enfin, le lieu géographique joue aussi un rôle, car les personnes vivant dans des collectivités éloignées ont la moins bonne espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie la plus faible au pays. C'est juste une classification qui a été établie et présentée à la Conférence des sous-ministres. C'est le fruit d'une quantité respectable de recherches.

Qu'apprenons-nous? Nous parlons maintenant d'un aspect — l'incidence du développement économique et des politiques sociales sur la santé. Cependant, parce que nous voulons réfléchir aux messages dans les secteurs sociaux, nous devons considérer la santé comme étant un élément clé du développement économique d'un pays. Nous devons en apprendre plus sur cette équation si nous voulons que d'autres secteurs participent. Comment la santé devient-elle un atout pour une société et un élément clé dans l'économie?

Dans cette optique, beaucoup de travail effectué sur cette équation par l'OCDE, l'OMS, la Banque mondiale et, plus récemment, l'Union européenne, découle du fait qu'un état de santé amélioré mène naturellement à une augmentation de la productivité, de l'offre de travailleurs, du niveau d'instruction et du développement du capital humain. Nous disposons de nouvelles données concernant la santé et l'économie, autres que les données habituelles sur la santé et la richesse. C'est fort important alors que nous examinons les messages, je voulais donc le mentionner au comité aujourd'hui.

Quelles leçons tirons-nous des autres pays et au Canada concernant la façon de s'attaquer aux déterminants sociaux? Je signale qu'un grand nombre d'efforts et de projets intéressants sont menés en Europe, à l'échelle de l'Union européenne et à l'échelle nationale. L'Union européenne, en vertu de l'article 152 du Traité d'Amsterdam, est légalement tenue de tenir compte de la santé dans toutes ses politiques. Les changements ne surviennent pas du jour au lendemain, mais ils commencent par un fondement législatif qui examine des façons d'intégrer les questions relatives à la santé aux décisions en matière de politique sociale. Ils ont mis sur pied un projet d'observation et s'emploient à trouver des moyens d'atteindre cet objectif.

Pendant sa présidence de l'Union européenne, la Finlande a rédigé un important rapport intitulé « Health in all Policies » publié en 2006, si je me souviens bien. Ce rapport constitue un fondement solide pour étudier les expériences en vue de déterminer les faits connus et non connus et les aider à avancer. Ce document est important pour mettre en évidence de nombreuses expériences européennes qui pourraient nous façonner et nous aider à progresser.

Le Royaume-Uni est en avance sur les plans conceptuel et analytique de la pauvreté et de la santé puisqu'il a publié le rapport Black, le rapport Whitehall et le rapport Acheson. Fait intéressant, le Royaume-Uni est passé à l'acte; en 2003, une analyse des programmes pangouvernementaux et un examen des dépenses ont été effectués pour évaluer les contributions versées en vue de réduire les inégalités en matière de santé. Dans le cadre de cet examen, des objectifs ont été établis pour réduire les inégalités en matière de santé, à la fois pour accroître l'espérance de vie et réduire la mortalité infantile. Autre fait intéressant, tous

sectors on how they intend to contribute to those two targets. Again, they have established mechanisms to get the contribution, all of this being led by the treasury, which is a powerful method. They moved from the conceptual analytical development to a treasury-led effort cross-governmental that asks departments how they are spending and contributing to this target set for all of government.

Everyone talks about Sweden as a country that has led the way in terms of having a whole-government approach. Sweden established 11 societal public health goals that resulted from a consensus. To develop those goals, they brought together the seven political parties and met with experts from labour, unions, academia and the health sector. Those goals represent a societal consensus. The result was the public health goals and a public health institute in Sweden. The mandate of that institute is to monitor progress toward these goals. As well, it is the technical backup to the implementation of these goals.

Those are some of the experiences outside Canada, but we have had some very interesting ones right here in Canada. The Quebec public health law determines what Quebec can do in terms of whole-government thinking. The legislation gives the Minister of Health and Social Services the authority to mandate a health impact assessment of any government policy that is expected to have a significant impact on the health of the population. The Institut national de santé publique du Québec is the technical backup that supports such work. They are beginning to develop tools around health impact assessments and we need to have those tools if we want to know what the impact is. The INSPQ is the collaborating centre for the public health agency around public policy, which is looking at the issues of governance, mechanisms and tools. We are building on these Canadian centres of excellence to help other provinces and other regions of the country to learn from that experiment.

What did we learn? We were able to identify a few common elements in terms of learning. The first one is that there needs to be a strong centre of government leadership. The second one, which is extremely important, is that it requires lead agencies, and in Finland, the U.K., Sweden and Quebec those agencies are the national or provincial public health institutes that are exerting technical leadership and providing support to a number of health impact assessments, economic modelling and determining the basis of the approaches.

That is one thing. The second thing is that legislative instruments could also be very useful in terms of moving forward. Finally, the development of policy frameworks such as goals is important if we want to measure progress. Out of that, there are some beginnings in terms of some directions that countries are taking.

les secteurs devaient conclure des ententes de services publics sur la façon dont ils comptaient participer à la réalisation de l'atteinte de ces deux objectifs. Encore une fois, ils ont mis sur pied des mécanismes pour obtenir la contribution, entièrement administrés par le Trésor public, ce qui est une méthode très efficace. Ils sont passés du développement conceptuel analytique à un effort pangouvernemental administré par le Trésor public qui demande aux ministères comment ils contribuent à la réalisation de ces objectifs pangouvernementaux.

Tout le monde parle de la Suède qui a montré l'exemple en adoptant une démarche pangouvernementale. La Suède a fixé 11 objectifs de société en matière de santé publique qui ont été approuvés à l'unanimité. Pour établir ces objectifs, ils ont rassemblé sept partis politiques et ont rencontré des experts du secteur du travail, des syndicats, du milieu universitaire et du secteur de la santé. Ces objectifs représentent un consensus social. Cela a donné lieu aux objectifs en matière de santé publique et à l'institut de santé publique en Suède. Le mandat de cet institut est de surveiller les progrès réalisés en vue d'atteindre ces objectifs. De plus, il offre un soutien technique dans la mise en œuvre de ces objectifs.

Ce sont quelques-unes des expériences à l'extérieur du Canada, mais nous en avons aussi eu de très intéressantes au pays. Les lois québécoises en matière de santé publique établissent ce que le Québec peut faire en matière de projets pangouvernementaux. La loi donne au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir d'exiger une évaluation des répercussions sur la santé de toute politique gouvernementale qui pourrait avoir une incidence considérable sur la santé de la population. L'Institut national de santé publique du Québec offre le soutien technique dans ce genre de travail. Il commence par élaborer des outils pour mener des évaluations des répercussions sur la santé et nous en avons besoin si nous voulons connaître ces répercussions. L'INSPQ est le centre collaborateur de l'Agence de santé publique en matière de politique publique, qui examine les questions de gouvernance, les mécanismes et les outils. Nous nous appuyons sur ces centres d'excellence canadiens pour aider d'autres provinces et d'autres régions du pays à tirer des leçons de cette expérience.

Qu'avons-nous appris? Nous avons pu cerner quelques points communs en matière d'apprentissage. Le premier est qu'il faut une forte direction de la part du gouvernement. Le second point, qui est extrêmement important, est qu'il faut des agences responsables et, en Finlande, au Royaume-Uni, en Suède et au Québec, ces agences sont des instituts de santé publique nationaux ou provinciaux qui offrent du leadership technique et du soutien dans un grand nombre d'évaluations des répercussions sur la santé et dans l'établissement de modèles économiques et des fondements des approches.

C'est une chose. Les textes législatifs peuvent aussi être très utiles pour avancer. Enfin, l'élaboration de cadres stratégiques comme des objectifs est important si nous voulons mesurer les progrès. Par ailleurs, les pays commencent à prendre certaines orientations.

What have we done in Canada? The WHO Commission on Social Determinants of Health is saying to us that before we effectively base our policy decisions on social determinants, we have a few prerequisites, which are that we need to have in place certain kinds of social supports and basically some kind of social orientation. We have in Canada a fair amount of foundations on which to move forward.

Our success story in Canada is in how policies could influence key determinants. It is the fact that the poverty rates of seniors have diminished. When you compare us to other countries, we are doing very well. The seniors are the least disadvantaged of the Canadian poor. That came out of very specific policies.

What do we do in the health sector? Given that we are talking about determinants that are outside of our purview, what have we learned in Canada in terms of health sector action? If you look at certain milestones, we, in terms of conceptual and analytical development, have been the lead in the world, but in terms of concrete action and holistic approaches, while we are starting to move there, we have mainly had a lot of developments around the more conceptual and analytical part of the determinants kind of debate.

I will not give you all the milestones, because I am running out of time, but I do want to talk about some of the assets that we have out of this development.

Canada has the strongest knowledge infrastructure to move forward on determinants. We have the Canadian Population Health Initiative. The job of that initiative is really to do the knowledge translation around the determinants of health. We have a key institution whose main orientation it is to do the synthesis or the dissemination on determinants of health. We have key research institutions. The Canadian Population Health Institute, the Institute of Gender and Health and the Institute for Aboriginal Health are supporting a lot of research funding to understand but also to learn more about effective approaches to address these determinants. In fact, we have supported over years a number of centres of excellence, and those are knowledge networks or networks of knowledge networks, to put it that way.

I want to point out the centres of excellence for children, because that is really a very important asset again in terms of synthesis of information. We have a knowledge hub on early childhood development in Montreal — the Centre of Excellence for Early Childhood Development — that is connected to the work with Clyde Hertzman that is connected to the social determinants of health. You are starting to see my gist.

We already have existing, concrete knowledge networks around certain themes that are very important. Again, those are assets we need to build on. We also have these collaborating centres. With the establishment of the Public Health Agency of Canada, we established the six knowledge translation platforms,

Qu'avons-nous réalisé au Canada? La Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS nous informe qu'avant de fonder efficacement nos décisions politiques sur les déterminants sociaux, il y a des conditions préalables, soit de mettre en place certains types de soutiens sociaux et une sorte d'orientation sociale. Le Canada dispose d'une base solide sur laquelle s'appuyer pour progresser.

Ce qui est remarquable au Canada est la façon dont les politiques pourraient influencer sur les principaux déterminants. C'est un fait que les taux de pauvreté chez les aînés ont diminué. Si l'on se compare à d'autres pays, le Canada se porte bien. Les aînés sont les moins défavorisés des démunis. C'est attribuable à des politiques bien précises.

Que faisons-nous dans le secteur de la santé? Puisque nous parlons de déterminants qui ne relèvent pas de notre compétence, qu'avons-nous appris au Canada concernant les mesures adoptées par le secteur de la santé? Si vous examinez certaines étapes marquantes, en matière de développement conceptuel et analytique, nous sommes les premiers au monde, mais pas au chapitre des mesures concrètes et des approches holistiques, bien que nous commencions à nous y mettre. Nos principales réalisations sont aux points de vue conceptuel et analytique des déterminants.

Je ne vais pas vous énumérer toutes les étapes marquantes, car je manque de temps, mais je veux parler de quelques-uns des atouts que nous apporte ce développement.

Le Canada possède l'infrastructure du savoir la plus solide pour aller de l'avant dans le dossier des déterminants. Nous avons l'Initiative sur la santé de la population canadienne dont le mandat est en fait d'appliquer les connaissances sur les déterminants de la santé. Nous avons un institut central dont l'orientation principale est de faire la synthèse des renseignements sur les déterminants de la santé ou de les communiquer. Nous sommes dotés de grands instituts de recherche. Les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut de la santé des femmes et des hommes et l'Institut for Aboriginal Health financent beaucoup de recherches en vue de comprendre les approches efficaces pour s'attaquer aux déterminants et d'en apprendre plus sur le sujet. En fait, nous appuyons depuis de nombreuses années beaucoup de centres d'excellence, qui sont des réseaux de connaissances ou des réseaux de réseaux de connaissances, pour ainsi dire.

J'aimerais souligner les centres d'excellence pour enfants parce qu'ils constituent un atout très important pour la synthèse des renseignements. Nous avons un carrefour du savoir sur le développement de la petite enfance à Montréal — le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants — qui est lié au travail réalisé avec M. Clyde Hertzman sur les déterminants sociaux de la santé. Vous commencez à saisir l'essentiel de mon message.

Nous avons déjà des réseaux de connaissances concrets en place qui traitent de certains thèmes très importants. Encore là, nous devons miser sur ces atouts. Nous avons aussi des centres de collaboration. Lorsque nous avons établi l'Agence de santé publique du Canada, nous avons aussi fondé six plates-formes

and half of them are relevant to the whole determinants agenda. We have the healthy public policy one, which is basically the one I mentioned in Quebec, the determinants of health, which is in St. Francis Xavier in Nova Scotia, and the Institute for Aboriginal Health, which is in British Columbia. Those things exist and work is happening.

What are some of the challenges? We still have huge challenges in terms of coordinating this massive mountain of evidence and bringing it together and making a story out of it. That is what is missing. In terms of the knowledge, we have data banks all over the place. There are interesting data banks that come from perhaps other ministries, such as the transportation ministries. We have data banks around the health area. We need to develop more integrated information systems that can tell the story in terms of those determinants and the health outcomes, but to do that will require more capacity to bring all this together. Basically, it is not that they do not exist. As I said, Canada is very well positioned in terms of having all these institutions. We need now to we bring it together.

Most of the intersectoral action in this country has been at the community level. That is where we have experimented with those approaches. We have been funding a number of programs, the most known of which is around children — the community action program for children, the prenatal nutrition program, the Aboriginal Head Start. Those are examples of actions at the community level basically looking at the determinants and identifying vulnerable families and children as the main target groups.

We have some experience at the lab in terms of how we do this, and that has been going on for the last 10 or 15 years. These efforts have been evaluated. We also have a population health fund that has been established since the mid-1990s when we talked about population health approach. Those funds were there to be able to support efforts and interventions that would take that population health approach and evaluate it. We have had, over the last 15 years, a fair amount of effort in the country, but at the community level, and the evaluation is more at the community level.

Again, the problem is how you evaluate those complex interventions. Solid health outcomes take time. Often, they might have impact in other aspects, which is maybe not immediately health. It could be around integration of children in school or other such things. The evaluation challenge, in terms of these kinds of complex interventions, is that it takes time to get to a hard outcome. We have intermediate outcomes that we need to track. In terms of evaluating these efforts, you need to identify incrementally what you will actually get out of this the process and outcomes before you get to the hard outcomes.

d'acquisition des connaissances, dont la moitié se rapporte au programme sur les déterminants. Nous avons la politique publique sur la santé, soit celle au Québec que j'ai mentionnée plus tôt, le Centre national de collaboration sur les déterminants de la santé, à l'Université St. Francis Xavier en Nouvelle-Écosse, et l'Institute for Aboriginal Health, situé en Colombie-Britannique. Ce sont les ressources existantes et le travail qui est actuellement effectué.

Quels sont quelques-uns des défis? Nous sommes confrontés à d'énormes défis pour ce qui est de coordonner cette multitude de données probantes et de les colliger pour dresser une vue d'ensemble à partir de ces éléments. C'est ce qui manque. En ce qui concerne les connaissances, nous avons des banques de données en abondance. Il y a des banques de données intéressantes qui proviennent peut-être d'autres ministères, tels que le ministère des Transports. Nous disposons de banques de données sur le secteur de la santé. Nous devons mettre au point des systèmes d'information plus intégrés qui peuvent brosser le tableau de ces déterminants et des résultats de santé, mais nous devons renforcer les capacités pour y parvenir. Le problème n'est pas qu'ils n'existent pas. Comme je l'ai dit, le Canada est dans une position très favorable puisqu'il a tous ces instituts. Il s'agit maintenant de les regrouper.

Au Canada, la majorité des mesures intersectorielles ont été prises à l'échelle communautaire. C'est d'ailleurs dans les collectivités que nous avons mis à l'essai ces approches. Nous avons financé un certain nombre de programmes, dont la plupart étaient destinés aux enfants — le Programme d'action communautaire pour les enfants, le Programme de nutrition prénatale, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Ce sont des exemples de mesures adoptées à l'échelle communautaire qui s'attaquent aux déterminants et qui ciblent principalement les familles et les enfants vulnérables.

Depuis les 10 ou 15 dernières années, nous menons quelques expériences en laboratoire afin de découvrir comment mettre ces mesures en œuvre. Ces efforts ont été évalués. Nous avons également un Fonds pour la santé de la population qui a été établi au milieu des années 1990 lorsque nous parlions d'approches axées sur la santé de la population. Ces fonds visaient à soutenir les efforts et les interventions en vue d'évaluer les approches axées sur la santé de la population. Au cours des 15 dernières années, nous avons déployé d'énormes efforts au pays, mais à l'échelle communautaire, et donc l'évaluation s'est faite davantage dans les collectivités.

Il reste encore à déterminer comment évaluer ces interventions complexes. On n'obtient pas des résultats de santé solides du jour au lendemain. Il arrive souvent qu'ils influent sur d'autres aspects et n'entraînent peut-être pas d'effets immédiats sur la santé. Ce pourrait être sur l'intégration des enfants à l'école, par exemple. Le défi à relever pour mener l'évaluation, dans le cas de ces interventions complexes, est qu'il faut du temps pour obtenir un résultat tangible. Nous avons des résultats intermédiaires que nous devons repérer. Pour évaluer ces efforts, vous devez cibler progressivement ce que vous retirerez de ce processus et les résultats que vous obtiendrez avant d'atteindre les résultats tangibles.

Beyond the community, Canada and the provinces are moving towards what I would call whole-government approaches, and we are seeing some beginnings. You might have heard about the centrally-led, cross-government effort around a health issue called ActNow BC. The driver for this is they want, by 2010, to have the people in British Columbia as the healthiest in the world, so it is pretty ambitious. There is a cross-governmental effort led by the Prime Minister around that. Quebec has a cross-governmental effort around obesity that was launched this fall. We are seeing more and more cross-governmental approaches in this country.

There are many challenges around that. I think the main problem here is we are starting to have capacity around measuring health impacts of social sector investments. We need to develop managerial structures for horizontal work, accountability and protocols. If we want to do this, it will be about collaboration and partnership, and that takes time and resource. You need to invest in collaborative structures.

The next slide illustrates that countries have different stages in getting to the more holistic approach that we heard from the U.K. and Sweden. I think in Canada — and you might have heard Monique Bégin say this — we have had a number of isolated initiatives where we have taken a determinants approach at the community level. She calls it a country of pilot projects. We are moving towards a more government and joint up action. You are seeing this occur in the provinces and there are also, I think, some new opportunities for us to move in that direction.

In terms of identifying the gaps and what we have learned both in Canada and internationally, we need to put energy towards the assessment, identification and communication of impacts of government policies on health and health inequalities. That is a whole area that still needs to be developed and strengthened in this country.

We need to look at what the mechanisms are to bring joint up action. As I have mentioned, we must have information systems that are more integrated and include determinants type of data sources.

In Canada, we are obviously at a very important juncture. First, there is a commission at the global level that will be terminating its work in 2009. Basically, it is creating momentum around this issue, particularly by looking at the determinants and policy options that countries can look into. That is important work.

We will be hosting the next commission meeting here in Canada to be held in June. I think that will obviously raise awareness of this issue. We will also be holding a major conference in Vancouver on health promotion. This again will raise visibility around this whole determinants agenda.

En dehors des collectivités, le Canada et les provinces avancent au chapitre des approches pangouvernementales et nous constatons des progrès préliminaires. Vous avez peut-être déjà entendu parler de l'effort pangouvernemental centralisé axé sur la santé, qui s'appelle ActNow BC. L'objectif de l'initiative est que l'état de santé des habitants de la Colombie-Britannique soit le meilleur au monde d'ici 2010, ce qui est un projet assez ambitieux. Un effort pangouvernemental est dirigé par le premier ministre à cet égard. Le Québec a lancé une initiative pangouvernementale sur l'obésité l'automne dernier. Il y a de plus en plus d'approches pangouvernementales au pays.

Cela pose de nombreux défis. À mon avis, le principal problème est que nous commençons à pouvoir mesurer les répercussions des investissements dans le secteur social sur la santé. Nous devons mettre au point des structures de gestion favorisant le travail horizontal, la reddition de comptes et les protocoles. Pour ce faire, nous devons miser sur la collaboration et le partenariat, ce qui demande temps et ressources. Il faut investir dans des structures de collaboration.

La prochaine diapositive montre que les pays franchissent des étapes différentes pour mettre en œuvre une approche plus holistique comme celles du Royaume-Uni et de la Suède dont on nous a parlé. Je crois qu'au Canada — et Mme Monique Bégin vous l'a peut-être déjà dit — nous avons mené un grand nombre d'initiatives isolées pour lesquelles nous avons adopté une approche axée sur les déterminants à l'échelle communautaire. C'est ce qu'elle appelle un pays de projets pilotes. Nous progressons vers une mesure qui est plus gouvernementale et plus conjointe. Cette évolution survient dans les provinces et, il y a, à mon avis, pour nous quelques nouvelles possibilités de nous diriger dans cette voie.

Pour cerner les lacunes et les leçons que nous avons tirées tant au Canada qu'à l'échelle internationale, nous devons canaliser nos efforts vers l'évaluation, l'établissement et la communication des répercussions des politiques gouvernementales relatives à la santé et aux inégalités en matière de santé. C'est tout un secteur qui reste encore à mettre au point et à renforcer au pays.

Nous devons examiner les mécanismes existants pour mettre en place des mesures conjointes. Comme je l'ai mentionné, nous avons besoin de systèmes d'information plus intégrés qui comprennent des sources de données relatives aux déterminants.

Au Canada, nous sommes évidemment à un tournant très important. Tout d'abord, il existe une commission internationale qui terminera son mandat en 2009. Elle vise principalement à susciter l'intérêt porté à cette question, plus particulièrement en étudiant les déterminants et les orientations politiques que peuvent examiner les pays. C'est un travail important.

Nous organiserons la prochaine réunion de la Commission ici au Canada en juin. L'événement permettra évidemment de sensibiliser le public au sujet. Nous tiendrons aussi une conférence d'envergure à Vancouver sur la promotion de la santé. L'événement attirera l'attention sur l'ensemble du programme des déterminants.

In terms of our involvement with the commission, I wanted to highlight three major areas. First, we are heavily involved with Sweden, the U.K., OECD, World Bank and WHO around looking at the economic analysis of upstream investments. That piece will help the argument.

Mr. Ball is very involved around the global review of intersectorial action, determining the models that exist all over the world, both in developed and developing countries. Canada is actually leading that effort. It is part of the country component of the WHO Commission on Social Determinants of Health.

We are working with New Zealand and Australia in developing a compendium of policy approaches to addressing the determinants of health of Aboriginal populations.

Out of this big global effort, Canada is leading and displaying a fair amount of interest in moving certain parts of the work of the commission so it benefits us.

This slide indicates another very important event for us. I mentioned it at the outset. The public health report to Parliament will deal with health disparities and social determinants. Obviously, that will be presented to Parliament. We found that when you look at many countries and our provinces, those public health reports could build awareness. It is important if we can communicate that. With respect to the public health report, some countries in Europe have a debate around some of these major themes with regard to the population. There is an opportunity here in terms of increasing awareness of this issue.

Again, in terms of looking at other countries that are struggling — I was talking to colleagues in South America just last week — as they are trying to move to address this agenda, going back to the role of the health sector, how does the health sector exert its leadership? What does it mean in practice? We are finding that, in many countries, they are so involved with the delivery of services at national levels that they do not have the space to deal with and work with other sectors and be a steward in terms of involving other sectors around determinants.

In Canada, because of its federated system, there is a space that at the federal level can be filled in terms of bringing together all of the main players in government and outside of government. However, I think the stewardship role of public health is a key aspect of moving that forward. You need a champion, but that champion cannot be stuck with all the other provision issues. I thought that was interesting.

The country that seemed to have done the best is Costa Rica. They decided that they will put all provision of services at the regional level, like Canada does, but they have taken this space and will be putting it around the broader policies that impact on health. It is interesting to see how countries are exerting leadership on the health sector.

Je veux mettre en évidence trois principaux secteurs dans lesquels nous nous engageons auprès de la Commission. D'abord, nous collaborons de près avec la Suède, le Royaume-Uni, l'OCDE, la Banque mondiale et l'OMS à l'analyse économique des investissements en amont. Cela viendra renforcer l'argument.

M. Ball participe beaucoup à l'examen mondial des mesures intersectoriels, en déterminant les modèles qui existent partout dans le monde, tant dans les pays développés et que ceux en développement. Le Canada dirige cet effort. Ça fait partie de l'engagement pris par notre pays auprès de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

Nous collaborons avec la Nouvelle-Zélande et l'Australie à l'élaboration d'un recueil des approches stratégiques pour s'attaquer aux déterminants de la santé des populations autochtones.

Dans cet énorme effort mondial, le Canada est un chef de file et témoigne beaucoup d'intérêt pour faire avancer certains aspects du travail de la Commission et en bénéficier.

Cette diapositive présente un autre événement qui revêt une importance particulière pour nous. Je l'ai mentionné d'entrée de jeu. Le rapport sur la santé publique au Parlement portera sur les disparités en matière de santé et les déterminants sociaux. Il sera bien entendu présenté au Parlement. Nous avons constaté en examinant de nombreux pays et nos provinces que ces rapports sur la santé publique pourraient sensibiliser la population. Il est important que nous puissions communiquer ces renseignements. En ce qui concerne le rapport sur la santé publique, certains pays d'Europe débattent de certains de ces principaux thèmes concernant la population. Nous avons l'occasion de sensibiliser le public à ce problème.

Dans le cas d'autres pays qui éprouvent des difficultés — j'ai parlé à des collègues en Amérique du Sud pas plus tard que la semaine dernière — dans leur tentative de s'attaquer à ce programme, si nous revenons au rôle du secteur de la santé, comment le secteur de la santé exerce-t-il son leadership? Concrètement, qu'est-ce que ça signifie? Nous constatons que de nombreux pays sont si préoccupés par la prestation des services à l'échelle nationale, qu'ils n'ont plus les moyens de traiter et collaborer avec d'autres secteurs et d'agir en coordonnateurs pour faire intervenir d'autres secteurs dans le dossier des déterminants.

Au Canada, en raison du système fédéral, il y a un vide au palier fédéral qui peut être comblé en rassemblant tous les intervenants principaux au sein du gouvernement et à l'extérieur de celui-ci. Cependant, je crois que le rôle de coordonnateur de la santé publique est un élément clé pour progresser à cet égard. Vous avez besoin d'un défenseur, mais ce défenseur ne doit pas composer avec toutes les autres questions entourant la prestation. Ce point m'a paru intéressant.

Le Costa Rica semble être le pays qui a le mieux réussi. Ils ont décidé que tout ce qui touchait la prestation de services relevait du palier régional, comme le Canada, mais ils ont pris cette compétence pour l'intégrer aux politiques générales ayant une incidence sur la santé. Il est intéressant de voir comment les pays dirigent le secteur de la santé.

I summarize the rest of my presentation. We are saying that despite a relatively strong economy, health inequalities exist and could worsen without intervention. Addressing determinants of health benefits everyone. We know we can make gains using various policy levers. We have the models to learn from and the foundation to build on. Where knowledge exists, we know where there are gaps and what is involved in filling them.

I think there is potential for Canada to take an important leadership role in this agenda. It is not like there is an absolute model to follow. We are paving the way, we have the foundations, we are learning from others, and the time to act is now. Thank you.

The Chairman: Thank you. That was a very long presentation. However, I knew it would be. We wanted to get an overview from you because you have a better grasp of this subject over anyone I know.

We deeply appreciate you coming here early on in our study and telling us what you think is out there and indeed suggesting which direction we might start to go. We have our own ideas about where we want to go, but we will need your help.

It is also important that we proceed in sync with the Public Health Agency of Canada because it is timely now, of course, with the WHO. I hope our report is out before theirs in 2009. We will be imposing on you along the way. Dr. Stachenko, I wanted to ask about your determinants, in which you did not list the health care system. Allow me to expand.

It was suggested to us that we look at it not only carefully but also at both the positive and negative components of the health care system on the determinants of health. The second leading cause of death in Canada is the health care system or accidents within. Only heart disease is a greater leading cause of death. You would agree with that — and it is in your material. Is that right?

Dr. Stachenko: Yes, it definitely is. I was thinking of mentioning that beyond health care we have to look at these others. Definitely, health care is a key determinant. As you know, the WHO commission has acknowledged the health care system as a determinant.

The Chairman: We will move to questions.

Senator Cochrane: I am overwhelmed by the work that has been done. I am glad to hear you say that we have compared with other countries and have developed solutions in conjunction with the WHO. We can only improve by doing that and it is wonderful.

It has been suggested that one of the benefits of health promotion and population health efforts is that by making people healthier demands on the health care system will be reduced. This would save us money and make our health care system

Je résume le reste de mon exposé. Nous affirmons que bien que nous ayons une économie relativement solide, des inégalités en matière de santé existent et pourraient empirer si nous ne faisons rien. S'attaquer aux déterminants de la santé profite à tout le monde. Nous savons que nous pouvons tirer des avantages au moyen de leviers politiques. Nous avons des modèles à partir desquels nous pouvons apprendre et des assises sur lesquelles nous appuyer. Quand nous avons des connaissances, nous savons où sont les lacunes et ce qu'il faut faire pour les combler.

Je crois qu'il y a possibilité pour le Canada d'assumer un rôle important de chef de file dans ce programme. Ce n'est pas comme s'il y avait un modèle absolu à suivre. Nous pavons la voie, nous avons les fondements, nous apprenons des autres et il est temps d'agir maintenant. Merci.

Le président : Merci. Votre exposé était très long. Cependant, je savais qu'il le serait. Nous voulions que vous nous donniez un aperçu parce que, d'après moi, vous connaissez le sujet mieux que quiconque.

Nous vous sommes très reconnaissants d'être venue au début de notre étude pour nous informer des possibilités qui s'offrent à nous et nous suggérer quelle direction nous pourrions commencer par prendre. Nous avons nos propres idées à cet égard, mais nous aurons besoin de votre aide.

Il est également important que nous agissions en harmonie avec l'Agence de santé publique du Canada et parce que c'est opportun maintenant, avec l'OMS. J'espère que notre rapport sera publié avant le sien prévu pour 2009. Nous nous en remettrons à vous en cours de route. Madame Stachenko, je voulais vous interroger sur votre liste des déterminants, sur laquelle le système de soins de santé ne figure pas. Permettez-moi de m'expliquer.

On nous a suggéré d'examiner la liste attentivement mais aussi les points positifs et négatifs du système de soins de santé sur les déterminants de la santé. La deuxième cause de décès au Canada est le système de soins de santé ou les accidents qui surviennent à l'intérieur de celui-ci. Seulement les maladies cardiaques sont une cause de décès plus importante encore. Vous en conviendrez, car c'est dans votre documentation. Est-ce exact?

Dre Stachenko : Oui, absolument. J'avais pensé à souligner qu'en plus des soins de santé, nous devons examiner ces autres déterminants. Les soins de santé sont bel et bien un déterminant clé. Comme vous le savez, la Commission de l'OMS a reconnu le système des soins de santé comme étant un déterminant.

Le président : Nous allons poursuivre avec les questions.

Le sénateur Cochrane : Je suis étonnée du travail qui a été accompli. Je suis heureuse de vous entendre dire que nous n'avons rien à envier aux autres pays et avons trouvé des solutions en collaboration avec l'OMS. Nous pouvons seulement nous améliorer de cette façon et c'est merveilleux.

On a laissé entendre que l'un des avantages de la promotion de la santé et des efforts en santé publique est qu'en améliorant la santé, les demandes dans le système des soins de santé seront réduites. De ce fait, nous économiserions de l'argent et notre

more sustainable over the long term. I understand you have agreed with that. Can you quantify the potential savings from health promotion?

Dr. Stachenko: The phrase “health promotion” encompasses a great deal.

Senator Cochrane: Yes.

Dr. Stachenko: The latest investing report on chronic disease looks at the savings in terms of investment in the prevention of chronic disease. That savings would include figures on health care costs and national foregone income. We are talking about huge amounts. I do not remember the exact numbers but that is the kind of language we need to use to position this entire agenda — the sustainability of the health care system not only within the demographic population and our aging population but also with the fact that basically our underlying risk factors are increasing. The health care system will go broke if we do not look further upstream. We have those numbers, although I do not have them with me, on certain areas of prevention and what the health care cost savings are and what would happen in terms of national income losses. We also have comparative numbers with other countries.

Senator Cochrane: What do you think of the counterargument that the effect of people living longer, which is what we are seeing, and in healthier lifestyles is to defer the inevitable costs of old age and, in the end, we will not save money.

Dr. Stachenko: We want people to live healthier lives and if we can do this compression of morbidity, meaning that people are living healthier, then that is where the costs are engendered. It is true that during the last two years of life, the greatest costs to the health care system occur. We are looking at trying to keep people healthy until they drop dead.

Senator Cochrane: It does not always happen that way.

Dr. Stachenko: We are talking about what is avoidable. Currently, we think of only the elderly, but we are seeing people going through amputations and renal dialysis as a result of diabetes. The health care costs of that are huge. There is a great deal of potential in terms of reducing those pressures on the health care system. We do not need to have amputations or renal dialysis — they are avoidable — and yet these are on the increase not only in the elderly but also in our younger population.

Senator Eggleton: Thank you for that comprehensive presentation. One of the challenges and frustrations that I have found in the federal government over the years is the horizontal linkages of programs and services. We are a silent system federally, as are some other levels of government. If we are to do these social determinants of health comprehensively, we have to look at those horizontal links. Your website says that, in a population health approach, the articulation of health goals and targets includes the clear delineation of strategies to be undertaken and parties responsible for achieving targets. Are you working on developing these strategies with measurable

système de soins de santé serait encore plus viable à long terme. Je comprends que vous êtes d'accord avec cela. Pouvez-vous quantifier les économies potentielles que la promotion de la santé nous permettraient de réaliser?

Dre Stachenko : L'expression « promotion de la santé » englobe quantité de choses.

Le sénateur Cochrane : Oui.

Dre Stachenko : Le dernier rapport d'investissements sur les maladies chroniques évalue les économies en termes d'investissements dans la prévention de ces maladies. Ces économies incluront les coûts liés aux soins de santé et le manque à gagner national, des sommes considérables. Je ne me souviens pas exactement des chiffres mais c'est le genre de terminologie que nous devons utiliser pour décrire tout ce programme — la viabilité du système de soins de santé pas seulement au sein de la population et de notre population vieillissante, mais aussi en tenant compte de l'augmentation de nos facteurs de risque sous-jacents. Le système de soins de santé fera faillite si nous ne prenons pas des mesures bien à l'avance. Nous avons des chiffres, bien que je ne les ai pas avec moi, pour certains secteurs de prévention, pour les économies des coûts liés aux soins de santé et les prévisions des pertes du revenu national. Nous avons aussi des chiffres comparatifs avec d'autres pays.

Le sénateur Cochrane : Que pensez-vous de l'assertion contraire voulant que le fait que les gens vivent plus longtemps, ce que nous constatons, et en meilleure santé reportera les coûts inévitables liés à la vieillesse et que nous ne pourrions finalement pas faire des économies.

Dre Stachenko : Nous voulons que les gens vivent en meilleure santé et si nous pouvons réduire la morbidité, je veux dire que les gens vivront plus sainement, et bien cela engendrera des coûts. Il est vrai que les deux dernières années d'une vie coûtent le plus cher pour le système de soins de santé. Nous essayons de maintenir les gens en bonne santé jusqu'à leur dernier jour.

Le sénateur Cochrane : Ce n'est pas toujours le cas.

Dre Stachenko : Nous parlons de ce qui est évitable. Aujourd'hui, nous ne pensons qu'aux personnes âgées, mais des gens sont amputés et ont des dialyses rénales à cause du diabète. Les coûts de ces soins sont énormes. Il est vraiment possible de réduire ces coûts liés aux soins de santé. Les amputations et les dialyses rénales ne sont pas nécessaires, on peut les éviter, et pourtant leur nombre augmente non seulement chez les personnes âgées, mais aussi chez les plus jeunes.

Le sénateur Eggleton : Merci pour cet exposé détaillé. Les liens horizontaux des programmes et des services au niveau du gouvernement fédéral sont l'une des frustrations que je ressens depuis des années. Notre système fédéral fonctionne silencieusement, comme d'autres paliers de gouvernement. Si nous devons établir de manière compréhensive ces déterminants sociaux de la santé, il faudra tenir compte de ces liens horizontaux. Votre site web dit que « dans une telle approche, l'articulation des objectifs nécessite de délimiter clairement les stratégies à mettre en œuvre et de définir précisément les responsabilités de chaque partie ». Travaillez-vous à l'élaboration

outcomes? How will you get the buy-in other departments? Will the Public Health Agency or Health Canada tell departments, such as Human Resource Development Canada and Environment Canada, that they must meet certain goals and targets? How will that be accomplished?

Dr. Stachenko: I was trying to refer to that. Some people would call that health imperialism, but that is not what we are talking about. Rather, we are talking about changing the language. It is not only about looking at how they can help us but also about that whole debate on how having healthy lands could help their respective agendas.

We need to have value added for both sides, and the way to that is not clear currently. We need to have targets like they have in Sweden, where they address all governments and departments, who contribute to the goals, and where there is an agreed-to monitoring system and a societal consensus. There is a centre-of-government kind of leadership in Sweden. Or, it could be a system like the one in the U.K. that is financed, whereby departments tell government what they are doing to contribute and are then financed.

I envision health as being in a kind of stewardship system and supporting arguments and technical backup in terms of health impact assessments. They will not do that; we need to help them to do that. We need to offer something. Transport policies are developed for purposes other than health. We need to figure out how we can have policy cohesiveness where it is a win-win for both in terms of showing the contribution. A great deal of technical work needs to be developed, and there are many arguments about it. I spoke to the lessons learned — the need for centred government, targets and technical backup so that it is evidence based at the end of the day.

Senator Eggleton: Your website also refers to a population health fund. Where does that stand?

Dr. Stachenko: That is a funding mechanism within the PHA that carries a few conditions. These are interventions that have to involve the target population and a few sectors and take a comprehensive approach. That is a mechanism we have to stimulate action on determinants. Much of this has been to support a fair amount of community effort in this regard.

Senator Eggleton: Has there been take-up on the fund by the community?

Dr. Stachenko: Yes. It is very well known. The problem is, again, they are mainly isolated community efforts. I tend to agree with Monique Bégin that we have learned a lot, but now we need to bring it together and institutionalize the learning into practice. The demand for that fund is huge.

de ces stratégies en incluant des résultats mesurables? Comment allez-vous intéresser d'autres ministères? Est-ce que l'Agence de santé publique du Canada ou Santé Canada fixent des objectifs à d'autres ministères tels que Développement des ressources humaines Canada et Environnement Canada? De quelle façon cela se fera-t-il?

Dre Stachenko : J'ai essayé d'en parler. Certains qualifieraient cela d'impérialisme dans le domaine de la santé, mais ce n'est pas ce dont il s'agit. Nous parlons plutôt d'un changement de terminologie. Il ne s'agit pas seulement de chercher la façon dont ils peuvent nous aider, mais aussi de déterminer la façon dont tout ce débat visant à avoir un pays sain pourrait aider leurs programmes respectifs.

Il faut qu'il y ait une valorisation des deux côtés et, pour l'instant, on ne sait trop comment y arriver. Nous devons fixer des objectifs comme l'a fait la Suède où tous les gouvernements et ministères sont concernés et collaborent pour atteindre les objectifs et où il y a un système de surveillance accepté et un consensus social. Il y a en Suède une sorte de gouvernement central. Ou alors le système pourrait ressembler à celui instauré au Royaume-Uni, qui est financé, et où les ministères signalent au gouvernement la façon dont ils participent et reçoivent des fonds par la suite.

Je considère la santé comme faisant partie d'un système administratif et les arguments et le soutien techniques en termes d'études d'impact sur la santé. Ce n'est pas quelque chose qu'ils feront; nous devons les encourager à le faire. Nous devons offrir quelque chose. Les politiques relatives aux transports sont élaborées pour d'autres raisons que la santé. Nous devons trouver le moyen d'uniformiser les politiques afin que tout le monde sorte gagnant au niveau de la participation. Beaucoup de travail technique doit être fait et cela soulève beaucoup de discussions. J'ai parlé des leçons tirées — la nécessité d'un gouvernement axé, d'objectifs et de soutien technique pour qu'en fin de compte cela s'appuie sur des preuves.

Le sénateur Eggleton : Votre site web fait assez référence à un fonds de santé de la population. Où en est-il?

Dre Stachenko : C'est un mécanisme de financement au sein de l'Agence de santé publique comportant quelques conditions. Il s'agit d'interventions impliquant la population ciblée et quelques secteurs et adoptant une approche globale. Ce mécanisme vise à favoriser des mesures relatives aux déterminants. C'est surtout pour appuyer un effort assez grand de la collectivité à cet égard.

Le sénateur Eggleton : Ce fonds a-t-il soulevé l'intérêt de la collectivité?

Dre Stachenko : Oui. Il est très connu. Encore une fois, le problème est que les efforts sont plutôt isolés. Je suis assez d'accord avec Monique Bégin pour dire que nous avons beaucoup appris, mais il est temps maintenant de colliger cet apprentissage et l'institutionnaliser dans la pratique. La demande relative à ce fonds est énorme.

Senator Callbeck: Thank you for being here today. You have given us a lot of information. When was the Public Health Agency of Canada established?

Dr. Stachenko: It will be two and a half years in September.

Senator Callbeck: That was under Mr. Bennett?

Dr. Stachenko: The Public Health Minister at the time was Mr. Bennett, correct.

Senator Callbeck: This report that you are talking about and that will be presented to Parliament will be the first report of this agency?

Dr. Stachenko: It will be the first report under the leadership of David Butler-Jones, who is the first Chief Public Health Officer in Canada.

Senator Callbeck: This is the first report of the Public Health Agency of Canada to be presented to the public. What will it cover?

Maura Ricketts, Acting Director General, Office of Public Health Practice, Public Health Practice and Regional Operations Branch, Public Health Agency of Canada: Basically, Bill C-42, our enabling legislation, requires that the Chief Public Health Officer produce an annual report on the state of the public health. It actually says that.

During this first year of producing the report, because we are given about three years to get ourselves on our feet, and it is a highly complex task, Dr. Butler-Jones selected the topic of health disparities to be viewed through a life course. The idea is to start at childhood through being a young adult and, as you age and become elderly and eventually die, what are the impacts of the variety of health disparities? How can we intervene effectively? What is the role of public health in these areas, et cetera? That is basically what the report is about the first time.

There is no obligation to do exactly the same thing each and every year. We anticipate that, in the future, there may be a core component that is repeated, but we may shift the topic area to reflect a wide variety of other pressures or needs. This first time will take a long time to get us on our feet, but we will be developing the theme of the second report sometime this summer and will begin running these reports out annually with about a two-year prep time.

Senator Callbeck: With those reports, will we be able to measure in any way from one report to the next how we are doing in certain areas?

Ms. Ricketts: We can use those reports to look at those measurements, but, without getting into the boring part of things, although it is the kind of thing I love to talk about, coming up with a good indicator for the health of the population is not so easy. One big underlying effort we are involved in at the agency is working with other organizations, like Statistics Canada, to determine what kinds of indicators we could report on. It is important to understand that it will not change quickly. You can perhaps see people becoming thinner fairly quickly, but would

Le sénateur Callbeck : Je vous remercie d'être venue aujourd'hui. Vous nous avez fourni beaucoup de renseignements. Quand l'Agence de santé publique Canada a-t-elle été fondée?

Dre Stachenko : Cela fera deux ans et demi en septembre.

Le sénateur Callbeck : C'était sous la direction de M. Bennett?

Dre Stachenko : C'est exact, M. Bennett était ministre de la Santé publique à l'époque.

Le sénateur Callbeck : Le rapport que vous avez mentionné et qui sera présenté au Parlement est le premier rapport de l'agence?

Dre Stachenko : Ce sera le premier rapport sous la direction de M. David Butler-Jones qui est le premier administrateur en chef de la santé publique au Canada.

Le sénateur Callbeck : C'est le premier rapport de l'Agence de santé publique Canada présenté au public. De quoi traitera-t-il?

Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales, Agence de santé publique du Canada : Le projet de loi C-42, notre loi habilitante, stipule que l'administrateur en chef de la santé publique présente un rapport annuel sur l'état de la santé publique. C'est écrit textuellement.

C'est une tâche très complexe durant cette première année de préparation du rapport, puisque l'on nous a donné trois ans pour nous établir. Le Dr Butler-Jones a choisi le sujet des disparités en matière de santé durant toute une vie. Nous commençons par l'enfant, nous passons au jeune adulte, puis la personne vieillit et devient une personne âgée et décède éventuellement; nous suivons cela pour étudier les effets sur les diverses disparités en matière de santé? De quelle façon pouvons-nous intervenir efficacement? Quel rôle peut jouer la santé publique dans ce domaine, et cetera? Voilà le sujet du premier rapport.

Nous ne sommes pas obligés de faire exactement la même chose chaque année. Nous prévoyons qu'une composante de base sera soulevée de nouveau à l'avenir, mais nous pourrions changer de sujet en réponse à tout un éventail d'autres pressions ou de besoins. Cela va prendre beaucoup de temps la première fois, mais nous développerons le thème du deuxième rapport durant cet été et nous commencerons à les publier annuellement après un travail qui demandera environ deux ans de préparation.

Le sénateur Callbeck : Ces rapports nous permettront-ils de mesurer les progrès accomplis dans certains domaines entre la publication de deux rapports?

Mme Ricketts : Nous pouvons utiliser ces rapports pour voir ces mesures, mais, sans entrer dans les détails de la partie ennuyeuse, bien que ce soit le genre de choses dont j'aime parler, il n'est pas très facile d'avoir un bon indicateur de la santé de la population. L'un des efforts essentiels déployés par l'agence pour déterminer le genre d'indicateurs que nous pourrions signaler dans le rapport qui, il est important de le dire, ne changera pas rapidement se situe au niveau de la collaboration de l'agence avec d'autres organisations comme Statistique Canada. On pourra

you be able to see an impact on diabetes rates? It would be delayed over time, just as we saw with the behaviour of teenage girls smoking, the impact on lung cancer will arrive some years down the way.

I have to confess we are building the plane while flying it on this report, and we are learning from our various partners about the best direction to go in this. It is certainly something we are considering.

At the risk of yammering on and on, we were inspired by the Chief Public Health Officer's report in the U.K. where the Chief Public Health Officer made statements and said, "This is a problem area. This is exactly what it looks like now, and next year I will come back and talk to you about what we did." It has to be recognized that the Chief Public Health Officer in the U.K. actually controls the health system in that country, as opposed to our federated system where we do not have that level of control.

Senator Callbeck: Many of these initiatives will be provincial. You mentioned British Columbia. Will there be reference in this report to those provincial initiatives?

Ms. Ricketts: Certainly, yes. A few weeks ago, we presented on this report to the Public Health Network Council of Canada, which is ADMs and Chief Public Health Officers of Health. We discussed it with them, because our best examples come from provincial initiatives.

The Chairman: We have this beautiful example of population health right now. With cervical cancer in women, we used to spend all this money on radiation and surgery, and the complications were terrible. Now we have a vaccine to cure it. To me, that is the mindset that people have to come up with for population health.

Dr. Stachenko: Exactly.

The Chairman: The savings there are enormous, and women will be saved enormous pain and suffering.

Senator Fairbairn: It is very interesting to hear you on this. We have just concluded another study, and will be working away on that tomorrow, and that is on literacy. I have noticed through your material the issue of education and learning and early childhood development. We often talk about literacy as a foundation issue. Looking at your work, the education and learning capacity here is also a foundation issue.

I was wondering, as you go along your very interesting and difficult trek, certainly Statistics Canada has had some quite outstanding people who have worked on this particular subject, but have you had any discussions with any of the organizations or national groups or even local programs on this issue? That would be people who are actually working in the field and facing this every day. I was wondering if you had been able to have any useful guidance or material on the part that it plays in the whole larger issue of health.

peut-être voir des gens perdre du poids assez rapidement, mais pourra-t-on voir l'incidence sur les taux de diabète? L'incidence se manifeste beaucoup plus tard, par exemple chez les adolescentes qui fument, le cancer du poumon se déclare plusieurs années après.

Je dois avouer qu'en ce qui concerne ce rapport, nous construisons la maison tout en y habitant et nous tirons les leçons des expériences de nos divers partenaires pour trouver le meilleur moyen d'y arriver. C'est certainement quelque chose que nous envisageons.

Au risque de me répéter, nous nous sommes inspirés du rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Royaume-Uni qui a déclaré : « Il y a des problèmes. C'est exactement ce à quoi ressemble la situation aujourd'hui, je reviendrai l'an prochain vous dire ce que nous avons fait ». Il est à noter que l'administrateur en chef de la santé publique du Royaume-Uni contrôle le système de santé, alors que notre système fédéral ne prévoit pas un tel contrôle.

Le sénateur Callbeck : Un grand nombre de ces initiatives émanent des gouvernements provinciaux. Vous avez mentionné la Colombie-Britannique. Ce rapport mentionnera-t-il ces initiatives provinciales?

Mme Ricketts : Bien sûr. Il y a quelques semaines, nous avons présenté ce rapport au Conseil du réseau de santé publique du Canada composé de SMA et d'administrateurs en chef de la santé publique de Santé Canada. Nous les avons rencontrés parce que nos meilleurs exemples sont issus d'initiatives provinciales.

Le président : Nous avons maintenant même un magnifique exemple de la santé de la population. Nous faisons d'énormes dépenses en radiation et en chirurgie pour traiter le cancer du col de l'utérus chez les femmes et les complications étaient terribles. Nous avons aujourd'hui un vaccin qui le guérit. Je pense que c'est l'état d'esprit qu'il faut avoir relativement à la santé de la population.

Dre Stachenko : Tout à fait.

Le président : Des économies énormes ont été faites et les femmes n'auront plus à souffrir autant.

Le sénateur Fairbairn : Ce que vous venez de dire est très intéressant. Nous venons juste de terminer une autre étude, dont nous parlerons demain, qui traite de l'alphabétisation. J'ai remarqué qu'il était question dans votre documentation de l'éducation, l'apprentissage et le développement de la petite enfance. Nous disons souvent que l'alphabétisation est à la base de tout. L'éducation et la faculté d'apprentissage sont aussi à la base de tout dans votre travail.

Il est sûr que dans le chemin très intéressant et ardu que vous suivez d'excellents fonctionnaires de Statistique Canada ont participé à ce projet particulier, mais avez-vous soulevé cette question avec des organisations ou des groupes nationaux ou même avec des programmes locaux? Je veux dire des gens qui travaillent sur le terrain et qui y sont exposés quotidiennement. Avez-vous reçu des conseils ou de la documentation utiles sur le rôle de l'alphabétisation dans le domaine plus large de la santé?

Dr. Stachenko: Yes, definitely health literacy is a key part.

In terms of what we have done more practically, a fair amount of work has been done around that in our regions through some of the community programs, and I know there are some findings in that. In terms of a national systemized effort, I am not sure. We definitely have a lot in terms of work growing at the grassroots level. Tools and methods are out there. It is part of our funding programs that we want to learn about how to do this. It is a key component of our children's program. As part of that, there are a number of tools, resources and approaches that we are learning from.

Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Strategic Policy, Communications and Corporate Services Branch, Public Health Agency of Canada: I think your question is important and relevant in terms of the link between education and health, and obviously literacy is a component of that broader education domain. Within that, we have what we call health literacy.

In addition to these community investments, we have more recently created the national collaborating centre on the determinants of health that Dr. Stachenko mentioned. A big part of the work they are completing is to look at the link between health and learning, health and education in general, as well as health literacy. We want to determine how we best go about supporting Canadians in learning more about health, thereby taking control of their own health, not only through individual behaviours but by trying to influence the conditions within which they are living and working with that knowledge behind them.

Senator Fairbairn: This is particularly relevant when you get into the area of seniors and how important it is to retain as best they can their own well-being when they are not able themselves to read or communicate much. That is a key effort.

The Chairman: I am afraid we are being unfair to our other witnesses, so if you will forgive me, we will move on.

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development, Statistics Canada: I appreciate the time limits of the committee.

I appreciate the opportunity to help inform you in the important work you are undertaking. I will confine my remarks to a few examples of the evidence supporting the importance of the social determinants of health and the importance of a population health perspective when we think about the kind of health information Canada needs.

Dre Stachenko : Oui, l'alphabétisation en matière de santé est certainement un élément très important.

Sur le plan pratique, nous avons beaucoup œuvré dans ce domaine dans nos régions par le biais de certains programmes communautaires et je sais que cela a donné des résultats. Quant à un effort national systématisé, je ne suis pas sûre. Nous avons certainement beaucoup de travail à faire à la base. Les outils et les méthodes existent. Nous voulons, dans le cadre de nos programmes de financement, apprendre à faire cela. C'est un élément essentiel de nos programmes pour les enfants. Il y a, dans ce contexte, de nombreux outils, de ressources et d'approches qui nous permettent d'apprendre.

Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générale des politiques stratégiques, des communications et des services généraux, Agence de santé publique du Canada : Je pense que votre question est importante et pertinente par rapport au lien reliant l'éducation et la santé et, bien sûr, l'alphabétisation est une composante du domaine plus large de l'éducation. Dans ce contexte, nous avons ce que nous appelons l'alphabétisation en matière de santé.

En plus des investissements communautaires, nous avons récemment créé le Centre national de collaboration des déterminants de la santé dont a parlé Dre Stachenko. L'étude des liens entre la santé et l'apprentissage, la santé et l'éducation en général ainsi que l'alphabétisation en matière de santé constitue une grande partie du travail de ce centre. Nous voulons trouver le meilleur moyen d'aider les Canadiens à mieux connaître la santé, et ainsi prendre en charge leur propre santé, non seulement par des comportements individuels mais en essayant d'influencer les conditions dans lesquelles ils vivent et travaillent après avoir acquis ces connaissances.

Le sénateur Fairbairn : C'est quelque chose de particulièrement pertinent pour les personnes âgées et il est très important qu'ils se maintiennent le mieux possible en bonne santé quand ils n'arrivent plus à lire et à communiquer autant. Cet effort est critique.

Le président : Je ne voudrais pas léser nos autres témoins, aussi si vous me le permettez, nous allons donner la parole à un autre témoin.

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement, Statistique Canada : Je comprends bien que le comité a des délais à respecter.

Je vous remercie de me donner l'occasion de vous renseigner dans le cadre du travail important qui est le vôtre. Je limiterai mes remarques à quelques exemples prouvant l'importance des déterminants sociaux de la santé et l'importance du développement d'un mode de vie sain de la population et ce, dans le cadre du type de renseignements en matière de santé dont a besoin le Canada.

By way of background, my day job is at Statistics Canada and it includes responsibility for our health statistics program. I also spend a fair amount of my time as a population health researcher. I have four slides, but it will take me a while to walk you through them. I will try to keep myself to 10 minutes.

Let me begin with the most persuasive evidence in Canada that social determinants of health are indeed real and important. We have witnessed a major change from 15 years ago when I started the research that resulted in this graph. At that time, there was considerable scepticism that income was related to health at all. Now it is commonplace.

A few weeks ago, Ms. Bégin, in making the same point to your committee, referred to the Black report and the Whitehall study, both of which originate from the United Kingdom. In this Canadian analysis, we have gone on the hardest data possible.

The horizontal axis in this graph shows earnings as measured by Revenue Canada, while the vertical axis shows mortality from death certificates. They are connected fortuitously in this analysis in the data used to compute Canada and Quebec pension plan benefits and contribution.

In fact, and more subtly, we have on the horizontal axis average earnings over almost two decades before reaching the age of 65 and on the vertical axis mortality rates for the five years after reaching the age of 65.

In other words, underlying this graph, there is longitudinal data for each of over half a million men. The results, therefore, are strong and show more than a statistical association. They argue strongly for a causal link from income to health and not the other way around.

Moreover, the graph shows that this influence is not a threshold. This is not simply a story about poverty or low income. This is a gradient, as Dr. Stachenko mentioned previously. Every step up the earnings ladder confers a benefit in terms, in this case, of survival past the age of 65. This means that the social determinants are not only a factor at the bottom of the socio-economic hierarchy — I think you have likely heard this term used a few times — but they affect the lower and upper middle classes as well, indeed everyone.

There is a further point about the size of this gradient. I point out that the steps are not all equal sized. It is 20 per cent in the middle but 2, 3, 5 and 10 per cent at each end.

If the 80 per cent of men with the lowest earnings were somehow able to achieve the survival rates of the top fifth, their increase of life expectancy would be about one year. This turns out to be about the same as if we could magically eliminate cancer as a cause of death in this cohort.

À titre d'information, mon travail à Statistique Canada comporte des responsabilités au niveau de notre programme de statistiques sur la santé. Je consacre aussi beaucoup de temps à la recherche sur la santé de la population. J'ai quatre diapositives, il me faudra un peu de temps pour en parler. J'essaierai de ne pas dépasser 10 minutes.

Permettez-moi de commencer par l'élément le plus probant au Canada indiquant que les déterminants sociaux de la santé sont réels et importants. Nous avons assisté à un changement majeur il y a 15 ans quand j'ai commencé la recherche qui a abouti à ce graphique. À cette époque, le lien de cause à effet entre le revenu et la santé suscitait énormément de scepticisme. Aujourd'hui ce lien est tout à fait accepté.

Il y a quelques semaines, Mme Bégin, en soulevant le même point devant le comité, a mentionné le rapport Black et le rapport Whitehall, tous deux publiés au Royaume-Uni. Pour cette analyse canadienne, nous avons utilisé les données les plus objectives possible.

L'axe horizontal du graphique montre les revenus tels que mesurés par Revenu Canada, alors que l'axe vertical indique les taux de mortalité relevés dans les actes de décès. Ils sont reliés fortuitement dans cette analyse et dans les données utilisées pour calculer les prestations du régime de pensions du Canada ou du régime des rentes du Québec.

En fait, et plus discrètement, l'axe horizontal indique les revenus moyens sur presque deux décennies avant l'âge de 65 ans et l'axe vertical indique les taux de mortalité entre 65 et 70 ans.

Autrement dit, à la base de ce graphique, il y a des données longitudinales pour chaque tranche de plus d'un demi-million d'hommes. Les résultats sont donc fiables et montrent plus qu'une simple association statistique. Ils font valoir fermement qu'il y a un lien de cause à effet allant du revenu à la santé et pas l'inverse.

De plus, le graphique montre que cette influence n'est pas un seuil. Ce n'est pas une simple représentation de la pauvreté ou des revenus faibles, c'est un gradient, comme l'a déjà dit la Dre Stachenko. Chaque échelon vers le haut de l'échelle des revenus offre une chance, dans ce cas, de survie après 65 ans. Cela signifie que les déterminants socioéconomiques ne sont pas seulement un facteur au bas de l'échelle socioéconomique — je suppose que vous avez plusieurs fois entendu cette expression — mais qu'ils touchent aussi les classes inférieures et supérieures, en fait tout le monde.

Il y a autre chose concernant les proportions de ce gradient. Vous remarquerez que les paliers ne sont pas tous de la même taille. Ils peuvent être de 20 p. 100 au milieu, mais de 2, 3, 5 ou 10 p. 100 aux extrémités.

Si les hommes se trouvant dans la tranche de revenus la plus basse, qui sont 80 p. 100, arrivaient, d'une quelconque façon, à avoir le même taux de survie que les 5 p. 100 qui sont dans la tranche supérieure, leur espérance de vie augmenterait d'environ un an. Cela reviendrait à peu près au même que d'éliminer, comme par magie, le cancer comme cause de décès dans cette cohorte.

The previous slide showed data only for men and then only at middle and older ages. It also focused only on mortality. For centuries, indeed up to the present, the most widely used measure of overall population health has been life expectancy, which is essentially a summary index of mortality rates across all ages.

More recently, paraphrasing the Quebec Rochon commission of some years ago, health policy quite correctly is concerned not only with adding years to life, but with adding life to years. This means that we need measures that combine length of life with the healthiness of those years of life. That question was responded to a few moments ago in terms of compression of morbidity, which is talking about the combination of years of life and the healthiness of those years.

As a result, Statistics Canada has developed measures of health-adjusted life expectancy, HALE. We have done this in parallel with other organizations, such as the WHO.

Information systems that can measure HALE provide the fundamental bottom line for population health. In terms of one of the committee's questions about the kinds of infrastructure we need, these measures should be an essential component of the government structures for generating, monitoring and assessing policies.

These graphs in particular show on the left life expectancy and HALE for males and females for the first two bars at birth and the second two bars at the age of 65. The red colour indicates those people who are assumed to survive to the age of 65. The total height of the bar is life expectancy, and the shaded portion is health-adjusted life expectancy.

On the right are two groups of three bars, one for males and one for females, which show how these look by income groups, in this case, thirds. The red-coloured braces show the differential between the bottom third and the top third of the income spectrum, first for men and then for women.

Again, to put these disparities in context, the gap between the bottom and top thirds is larger than that attributable to heart disease and lung cancer combined.

One fundamental challenge for a broad understanding and action on the social determinants of health is something so basic that we are generally unaware of it. These are the kinds of words or concepts we use in conversations about health. These conversations are dominated by a biomedical or clinical paradigm.

When I started in the health field at Statistics Canada, it was taken for granted that all our data should be defined and measured in terms of diseases and risk factors.

La diapositive précédente faisait uniquement état de données concernant les hommes, ceux d'âge moyen, et ceux plus âgés, et traitait seulement de la mortalité. Depuis toujours, la mesure la plus couramment utilisée pour déterminer la santé globale de la population est l'espérance de vie, laquelle est essentiellement un indice sommaire des taux de mortalité selon l'âge.

Depuis quelque temps — pour reprendre ce qui avait été dit lors de la Commission Rochon, au Québec, il y a quelques années —, la politique en matière de santé, à juste titre, ne vise pas seulement à ajouter des années à la vie, mais aussi de la vie aux années. Cela signifie que nous avons besoin de mesures qui combinent durée de vie et vie en bonne santé. On a répondu à cette question tout à l'heure en parlant de compression de la morbidité, expression qui fait référence au nombre d'années de vie en bonne santé.

C'est pourquoi Statistique Canada a élaboré des mesures d'espérance de vie ajustée selon l'état de santé, ou EVAES, en collaboration avec d'autres organismes comme l'OMS.

Les systèmes d'information qui peuvent mesurer l'EVAES nous fournissent les données de base concernant la santé de la population. Pour répondre à l'une des questions du comité au sujet du type d'infrastructures dont nous avons besoin, je dirais que ces mesures devraient être une composante essentielle des mécanismes qu'utilise le gouvernement pour la création, la surveillance et l'évaluation des politiques.

Quant à ces histogrammes, celui de gauche fait état de l'espérance de vie et de l'EVAES pour les femmes et les hommes; les deux premières colonnes indiquent ces données à la naissance, et les deux autres, à l'âge de 65 ans. Les parties en rouge représentent la population censée survivre jusqu'à 65 ans. Le haut de la colonne indique l'espérance de vie, et la portion ombrée fait état de l'espérance de vie ajustée selon l'état de santé.

Dans l'histogramme de droite, on trouve deux groupes de trois colonnes — un groupe pour les hommes, et un autre pour les femmes — qui font état des données par groupe de revenu, en l'occurrence, par tercile de revenu. Les accolades en rouge indiquent la différence entre le tercile inférieur et le tercile supérieur du spectre de revenu, d'abord pour les hommes, et ensuite pour les femmes.

Encore une fois, pour mettre ces disparités en contexte, l'écart entre les terciles inférieur et supérieur est encore plus grand que cela, en raison des maladies cardiaques et du cancer du poumon combinés.

L'une des difficultés fondamentales, pour bien comprendre et agir sur les déterminants sociaux de la santé, c'est qu'il s'agit d'une chose tellement essentielle qu'en général, nous n'en avons même pas connaissance. C'est le genre de termes ou de concepts que nous utilisons quand nous parlons de la santé. Ces conversations sont dominées par un paradigme biomédical ou clinique.

Quand j'ai commencé à travailler dans le domaine de la santé, à Statistique Canada, on tenait pour acquis que toutes nos données devaient être définies et mesurées en fonction des maladies et des facteurs de risque.

For example, the latest thinking about the major cause of or precursor for diabetes is labelled syndrome X. There are several definitions, but they all use some combination of cholesterol, blood pressure, blood glucose and adiposity measures. By labelling and describing the causes of diabetes in these terms, should we be surprised that the first line of attack in thinking about preventing disease is in terms of pharmaceutical interventions, for example, to lower cholesterol or hypertension, and counselling by your family doctor to improve diet and physical activity? However, if we had for the last 30 or 40 years a statistical system that described diabetes as an end point, but socio-economic status and sedentary lifestyle measures rather than the kinds of clinical markers that comprise syndrome X, we might instead have concluded, having done the same kinds of epidemiological studies, that diabetes is caused by "low stat sed syndrome," my phrase for low socio-economic status, sedentary lifestyle syndrome. In turn, with these kinds of labels for the causes of the disease, we might have privileged a very different range of interventions. Instead of pharmaceuticals and counselling, we might have thought more about effort-reward balance in the workplace, different incentive structures and regulations for the food industry, whether our urban transportation options are obesogenic, and different priorities for raising children to inculcate lifelong attitudes towards ingrating physical activity into daily life.

Let me conclude my remarks with one more graph and this response to Senator Keon's question about whether the health care system is a determinant of health. This is a bit of a complicated graph, so I will take a second to describe it. Each dot in this graph represents a health region in Canada, indeed a large region with over 100,000 residents. For every resident within each of these health regions who arrived at hospital with a heart attack, two basic features of their medical history were extracted from the data. Were they treated with heart bypass or angioplasty, in other words, revascularized, within 30 days, and did they die within 30 days? The horizontal axis shows the percentages in each of these regions who were treated, while the vertical axis shows the percentages that died. By the way, these are age and sex standardized. The red dots show the situation in 1995-96, while the blue are eight years later.

There has clearly been a dramatic increase in the proportion of people who come with heart attacks who are treated, almost a tripling, from 14.5 to 39.5 per cent. We might therefore expect a similar improvement in outcomes, and we do see some improvement in survival, but, compared to the increase in treatments, the reduction in mortality is really quite modest, about a 15 per cent drop from 11.5 per cent to 9.7 per cent 30-day mortality. Moreover, the scatter of these dots shows a very wide variation among health regions. In 2003-04, a number of health regions had 30-day mortality rates around

Par exemple, la dernière trouvaille en ce qui concerne la cause majeure ou le précurseur du diabète, est ce qu'on appelle le syndrome X. Il en existe plusieurs définitions, mais toutes présupposent une combinaison des mesures de cholestérol, de pression artérielle, de glycémie et d'adiposité. Puisqu'on étiquette et qu'on décrit ainsi les causes du diabète, faut-il s'étonner que, pour prévenir cette maladie, on privilégie les interventions pharmaceutiques pour abaisser le taux de cholestérol ou l'hypertension, par exemple, ou encore les conseils des médecins de famille, qui recommanderont à leurs patients d'améliorer leur régime alimentaire et de faire de l'exercice? Quoi qu'il en soit, si nous avions eu, ces 30 ou 40 dernières années, un système statistique décrivant le diabète comme un paramètre ultime, en recourant à des mesures du statut socioéconomique et de la sédentarité, plutôt qu'à des repères cliniques comprenant le syndrome X, nous aurions pu conclure, au moyen du même genre d'études épidémiologiques, que le diabète est attribuable à un syndrome alliant statut socioéconomique faible et mode de vie sédentaire. À la place, avec ces types d'étiquettes accolées aux causes du diabète, nous avons opté pour une série d'interventions très différentes. Au lieu de nous centrer sur les produits pharmaceutiques et les conseils thérapeutiques, nous aurions pu songer davantage à l'équilibre entre les efforts et les récompenses en milieu de travail, à diverses mesures incitatives et réglementaires visant l'industrie alimentaire, et aurions pu déterminer si nos modes de transport urbain sont obésogènes et réfléchir à diverses priorités en matière d'éducation des enfants pour leur inculquer l'habitude de faire de l'activité physique au quotidien, tout au long de leur vie.

Je vais conclure en vous présentant un autre graphique et en répondant à la question du sénateur Keon, à savoir si le système de soins de santé constitue un déterminant de la santé. C'est un graphique assez compliqué, alors il me faudra un peu de temps pour l'expliquer. Chaque point du graphique représente une région sociosanitaire du Canada — en fait, une grande région qui compte plus de 100 000 habitants. Deux caractéristiques de base ont été extraites du dossier médical de tous les résidents de chacune de ces régions sociosanitaires admis à l'hôpital pour une crise cardiaque. Les patients ont-ils été traités au moyen d'un pontage coronarien ou par angioplastie, ou, autrement dit, ont-ils été revascularisés dans les 30 jours, et sont-ils décédés pendant cette période? L'axe horizontal fait état du pourcentage de malades traités dans chacune de ces régions, tandis que l'axe vertical indique le pourcentage de patients décédés. Soit dit en passant, ces données sont normalisées selon l'âge et le sexe. Les points rouges représentent la situation en 1995-1996, et ceux en bleu, la situation huit ans plus tard.

Il y a clairement eu une augmentation radicale de la proportion de personnes qui sont allées à l'hôpital pour une crise cardiaque et qui ont été traitées; elle a même triplé, passant de 14,5 à 39,5 p. 100. Nous pourrions donc nous attendre à une amélioration comparable du côté des résultats. Or, si nous constatons une amélioration du taux de survie, par rapport à l'accroissement du nombre de traitements, la réduction de la mortalité est quant à elle très faible. En effet, le taux de mortalité dans les 30 jours a baissé d'environ 1,5 p. 100, passant de 11,5 à 9,7 p. 100. Qui plus est, la répartition de ces points indique une

the eight per cent mark, if you look at the scatter horizontally just below the 10 line, yet treatment rates varied more than threefold, from under 20 to over 60 per cent.

To me, this signals a fundamental problem in the way we manage our health care system. There is lots of smoke, but I am not sure where the fire is. The slide also tells us about what we do not know. Obviously, there is much more to caring for heart attacks than revascularization, but we do not routinely collect the data to enable us to understand why some regions appear to be doing so much better than others — in a word, to learn what works in preventing heart attack mortality. Some of what we do not know relates to clinical medicine, for example, how quickly clot-busting drugs are administered after the heart attack and how often beta blockers are prescribed at discharge, but other missing pieces of this puzzle relate to lifestyle and risk factors. For example, are the heart attack patients in one region much more likely to be smokers or to be obese? Are there significant differences in what some call the clinical signature, the leadership and practice patterns of the physician group in one health region compared to another?

Most fundamentally, in my mind, this slide shows how important it is to bring together what have up until now and generally continue to be two solitudes — clinical medicine, on the one hand, and the broader social determinants of health on the other. In your work as a committee, I would commend you that these should be joined, both in our thinking and in that fundamental prerequisite for effective action, our health information system. The key question raised here, both for clinical medicine and for social determinants, to repeat, is figuring out what works, ensuring we have the evidence base both for monitoring and understanding what we are already doing, and to make the difficult choices regarding what new interventions, whether clinical or directed toward social determinants, merit investment.

I am happy to answer your questions.

The Chairman: Thank you very much. We are old friends. I do not know how many years it has been — probably more than either of us cares to admit.

We will go ahead with Mr. Glouberman's presentation, following which we will have questions for you both.

Sholom Glouberman, Associate Scientist, Kunin-Lunenfeld Applied Research Centre: My sense is that you wanted a very quick beginning for discussion, and that is what I thought I would do. It took a long time to prepare because, in order to say what I have to say, it is very easy to say in four hours, but saying it in 10 minutes is really hard. It took me a while.

très grande variation d'une région sociosanitaire à l'autre. En 2003-2004, un certain nombre de régions sociosanitaires avaient des taux de mortalité dans les 30 jours qui tournaient autour de 8 p. 100, comme on peut le voir avec le groupe de points juste au-dessus de la ligne de 10 p. 100, bien que les taux de traitement variaient pour atteindre parfois plus du triple, soit un peu moins de 20 à plus de 60 p. 100.

À mes yeux, cela révèle un problème fondamental dans notre façon de gérer le système de soins de santé. On voit beaucoup de fumée, mais impossible de savoir où se trouve le feu exactement. La diapositive ne nous montre pas tout. De toute évidence, le traitement des crises cardiaques est loin de se limiter à la revascularisation, mais nous ne recueillons pas systématiquement les données pour être en mesure de comprendre pourquoi certaines régions semblent faire bien mieux que d'autres — en un mot, pour savoir ce qui fonctionne en matière de prévention de la mortalité attribuable aux crises cardiaques. Certaines des choses que nous ignorons ont à voir avec la médecine clinique, comme la vitesse à laquelle les médicaments anticoagulants sont administrés après la crise cardiaque et à quelle fréquence les bêta-bloquants sont prescrits au moment du renvoi du patient, mais d'autres pièces manquantes du casse-tête concernent le mode de vie et les facteurs de risque. Par exemple, les patients victimes de crises cardiaques d'une région donnée sont-ils davantage fumeurs ou obèses? Y a-t-il des différences significatives dans ce que certains appellent la signature clinique, c'est-à-dire les modèles de direction et les pratiques d'un groupe de médecins d'une région sociosanitaire par rapport à une autre?

Mais pour moi, au fond, cette diapositive montre combien il est important de réunir ce qui a toujours été et continue d'être deux solitudes — la médecine clinique, d'une part, et les déterminants de santé dans une perspective plus vaste, d'autre part. Dans le cadre de vos travaux, je vous recommanderais de tenir compte de ces deux éléments, tant pour ce qui est de la façon de penser que du prérequis pour mener une action concrète, et cela concerne notre système d'information sur la santé. Les questions essentielles soulevées ici, tant du côté de la médecine clinique que des déterminants sociaux, consistent à voir ce qui fonctionne, à nous assurer de disposer des données de base pour suivre et comprendre nos pratiques actuelles, et pour faire des choix délicats à l'égard des nouvelles interventions, qu'elles soient cliniques ou orientées vers les déterminants sociaux, en décidant si elles méritent qu'on y investisse.

Je serai heureux de répondre à vos questions.

Le président : Merci beaucoup. Nous sommes de vieux amis. J'ignore depuis combien d'années — probablement plus que nous ne voudrions l'admettre.

Nous allons passer à l'exposé de M. Glouberman, après quoi, nous vous poserons des questions à tous les deux.

Sholom Glouberman, scientifique associé, Kunin-Lunenfeld Applied Research Centre : J'ai cru comprendre que vous vouliez que je jette rapidement les bases d'une discussion, et c'est ce que je vais faire. Il m'a fallu beaucoup de temps pour me préparer, car il est plus facile de tout dire en quatre heures qu'en dix minutes.

I made this chart, because it seems to me that the state you are in, the difficulty you have, is the fact we have gone through several very big ideas about health and health policy, and I thought I would try to lead you through the ideas about health policy that come from the public health folks and give you an overview of that and a sense of what the ideas are, what some of the policy consequences of the ideas were and what some of the outcomes were, and then some of what the odd outcomes were as well.

The earliest big public health idea came from a group called the sanitarians, who believed that filth caused disease and that filth was the cause of the epidemics that were the presenting problem at the time. That happened all the way from the 17th century through to the 19th century. In the early 19th century, they thought they would do something about it, and a guy by the name of Edwin Chadwick in England, who was I think probably the Michael Marmot of his day, began a process of working towards a public health law. It took him 50 years. He had this idea together with a fellow by the name of Jeremy Bentham, who was tremendously influential on public policy in England, and together they worked on this. The idea was to clean up the air, the water and the sewage system. That was the most massive effort of public health in the 19th century, which culminated at the end of the 19th century.

They promised that if they could improve the physical environment in these ways, this would reduce the requirement for medical care, it would make people healthier, it would result in much healthier population, and it would have the consequence of less sickness and less need for medical care. That was the promise at that time. At the end of the 19th century, that happened and people became healthier, but it did not reduce the demand for medical care. People did become healthier, and there was a huge increase in longevity and a huge decrease in mortality. Certainly, there was the beginning of the response to these major epidemics.

That grew at the end the 19th century when you had the beginnings of scientific medicine. At the beginnings of scientific medicine, you began to see that you could actually conquer some diseases like smallpox. People began to understand how the diseases worked and to have the knowledge and understand what the interventions should be to cure or prevent those diseases. The second big idea came from this. At the end of the 19th century in England, there was the Boer War in 1899 to 1903. During the Boer War, the soldiers went and came back, the ones who were looked at by doctors, with what were discovered to be medically curable diseases. Medicine was becoming more scientific and there were more medically treatable diseases, but people did not have the money to go to the doctor, so they said, "Let us have a universally covered health care system." The idea for that started in about 1899. People began to fight for it. It took 50 years for that to happen in the U.K. In Canada, the idea came out after the First World War, and it took about 50 years for it to happen in Canada, to go from the idea to implementation of universally funded health care.

J'ai fait ce tableau parce qu'il me semble que vous en êtes au point où la difficulté que vous avez est que nous avons mis à l'épreuve plusieurs grandes idées concernant la santé et les politiques en matière de santé, et j'ai cru bon de vous exposer l'opinion sur les politiques de santé que se font les intervenants en matière de santé publique, pour vous donner un aperçu de leur teneur, de certaines de leurs conséquences et de quelques-uns de leurs résultats, y compris ceux qui étaient inattendus.

La première grande théorie en matière de santé publique vient d'un groupe d'hygiénistes appelé : « the sanitarians », qui pensait que la saleté était à l'origine des maladies et la cause des épidémies, un fléau à l'époque. On a défendu ce principe du XVII^e au XIX^e siècles. Au début du XIX^e, on s'est dit qu'il fallait faire quelque chose pour y remédier, et un certain Edwin Chadwick, en Angleterre, qui était, je crois, le Michael Marmot de son époque, a commencé à réfléchir à l'élaboration d'une loi sur la santé publique. Cela lui aura pris 50 ans. Il avait eu cette idée avec un certain Jeremy Bentham, qui avait une influence considérable sur les politiques publiques en Angleterre; et ils ont travaillé ensemble sur ce projet. Le but était d'assainir l'air, l'eau et les égouts. Ce fut l'entreprise la plus vaste menée au XIX^e siècle en matière de santé publique; et elle a abouti à la fin du siècle.

Ils avaient promis que s'ils arrivaient à améliorer l'environnement physique par ces moyens, les gens seraient en meilleure santé, donc moins souvent malades, et auraient moins besoin de recourir à des soins médicaux. C'est la promesse qu'on avait faite à l'époque. À la fin du XIX^e siècle, elle s'est réalisée; la santé des gens s'était améliorée, mais la demande de soins médicaux n'avait pas diminué. Les gens étaient en meilleure santé; on avait observé une forte hausse de la longévité et une baisse considérable de la mortalité. Cela constituait certainement le premier rempart face aux grandes épidémies.

Ce mouvement a pris de l'ampleur à la fin du XIX^e siècle, avec l'apparition de la médecine scientifique. À cette époque, on s'était rendu compte qu'on pouvait venir à bout de certaines maladies comme la variole. On avait commencé à comprendre le fonctionnement des maladies et à savoir comment les soigner ou les prévenir. La seconde grande idée est apparue à la fin du XIX^e siècle, en Angleterre, suite à la Guerre des Boers, qui a duré de 1899 à 1903. Pendant cette guerre, les médecins qui suivaient les soldats de retour du front avaient découvert que les maladies dont étaient atteints ces patients étaient curables. La médecine devenait plus scientifique et il y avait davantage de maladies qu'on pouvait traiter, mais les gens n'avaient pas les moyens de consulter un médecin. C'est alors qu'est née l'idée, vers 1899, d'avoir un système de soins de santé accessible à tous. Les gens ont commencé à défendre cette notion d'universalité. Mais il aura fallu 50 ans pour l'appliquer au Royaume-Uni. Au Canada, l'idée est venue après la Première Guerre mondiale, et il aura fallu aussi attendre environ 50 ans avant qu'on passe de la théorie à la pratique, en mettant sur pied un régime de soins de santé au financement universel.

I think that was the second great public health idea, to provide health care to everyone. It is an idea that still has not come to fruition in the United States. If you listen to American public health people, they argue for universally funded and universal coverage in health care. They have not gone there yet.

When they argued for that idea, the people promised that if you had availability of doctors and hospitals for everyone in the population and you treated what was medically treatable, you would have a healthier population. The consequence of that would be that there would be less demand on the health care system.

Of course, we all know that did not quite happen. Although, in fact, longevity went up and the population is indeed healthier by many measures. Therefore, you have a healthier population but an increased demand on the health care system as a result of these kinds of interventions.

A third idea came up in the 1960s by a man named Thomas McEwan, who was a kind of epidemiologist but more a thinker about health and health care. He is very impressive because he recognized that there were more determinants of health than a clean environment and medical care. His argument was that there are more influences on health than these things. He argued for research, for the social determinants of health and for lifestyle. People could then take control of their own health and take control of what they did in terms of lifestyle.

He had a tremendous influence on a man by the name of Hubert Laframboise. I do not know if you know who he was. He was the man who wrote the Lalonde report. Historically, the Lalonde report was probably the most influential health policy document to ever come out of Canada. It sort of hit the world with a storm. If you have ambitions to do something important, what you want to do is something that has that kind of influence and that kind of impact on the world.

The Lalonde report made 52 recommendations. It was interesting that the recommendations in that report were recommendations into policy, and many of those policies were actually created and carried out. Things like ParticipACTION, the Canada Food Guide and mandatory seat belts all appeared in the Lalonde report.

What is very interesting about the Lalonde report is that, even though all of these policies came out, there have been very interesting consequences and interesting things have happened to the health of the population since. For example, we eat more white meat than red meat. We did a study of this. In the 1970s, milk was homogenized or skimmed. There was no intermediate kind of milk. People ate very few green vegetables and fruits as compared to now. We eat more green vegetables, more fruits, more white meat than red, we drink low fat milk, we eat more low fat foods, we follow all of these things, and yet we have an epidemic of obesity. That is very interesting. What is that all about?

Je pense que c'était là la seconde grande idée en matière de santé publique : offrir des soins de santé à tout le monde. Elle n'a toujours pas porté fruit aux États-Unis. Pourtant, les professionnels de la santé publique américains réclament des soins de santé financés à même les fonds publics et accessibles à tous. Mais ils en sont encore loin.

Lorsqu'on a commencé à défendre cette idée, on promettait que grâce à l'accès universel aux médecins et aux hôpitaux, ainsi qu'aux progrès de la médecine, la population serait en meilleure santé. On anticipait une diminution de la demande de soins.

Bien sûr, nous savons tous que ce n'est pas tout à fait ce qui s'est produit. Certes, dans les faits, il y a eu une hausse de la longévité et la population est en meilleure santé grâce aux différentes mesures prises, mais les pressions sur le système de santé ont augmenté en raison de ces interventions.

Dans les années 1960, a commencé à circuler une troisième idée lancée par un certain Thomas McEwan, qui était une sorte d'épidémiologiste, mais davantage un penseur en matière de santé et de soins médicaux. Son travail est assez impressionnant, car il a découvert que dans le domaine de la santé, les déterminants ne s'arrêtaient pas à un environnement sain et aux soins. Il a fait valoir l'importance de la recherche, des déterminants sociaux et du mode de vie. Les gens pouvaient agir sur leur propre santé en choisissant de bonnes habitudes de vie.

M. McEwan a eu une influence considérable sur Hubert Laframboise. J'ignore si vous le connaissez; c'est l'auteur du rapport Lalonde. D'un point de vue historique, ce rapport aura été probablement le document ayant eu la plus grande influence en matière de soins de santé jamais publié au Canada. À l'échelle mondiale, il a eu l'effet d'un séisme. Si vous caressez l'ambition de faire de grandes choses, vous souhaitez certainement que vos travaux aient autant d'impact sur le monde.

Le rapport Lalonde énonçait 52 recommandations. Il est intéressant de noter que celles-ci étaient des recommandations de politiques, et que beaucoup ont véritablement été mises en œuvre. Des initiatives comme ParticipACTION, le Guide alimentaire canadien et le port obligatoire de la ceinture de sécurité figuraient toutes dans le rapport Lalonde.

Ce qui est vraiment intéressant avec ce rapport, c'est que même si toutes les recommandations ont été appliquées, il y a eu des conséquences très singulières, et des choses fascinantes se sont produites au chapitre de la santé publique depuis. Par exemple, nous mangeons davantage de viande blanche que de viande rouge. Nous avons fait une étude à ce sujet. Dans les années 1970, le lait était homogénéisé ou écrémé; il n'y avait rien d'autre. On mangeait très peu de légumes verts et de fruits comparativement à maintenant. Aujourd'hui, nous consommons davantage de légumes verts, de fruits, de viande blanche, nous buvons du lait pauvre en matières grasses, nous mangeons des aliments à teneur réduite en gras, mais cela étant, nous avons quand même une épidémie d'obésité. C'est assez intéressant. Qu'est-ce qui explique cela?

A lot of things change in a period of time. What happens is that policies that fit one time have to fit into a complex environment. You have heard this from both of the people who spoke before, that we increasingly recognize the extent of the complexity of the environment. We increasingly recognize that the interventions we make may have odd outcomes, which is true for the many interventions we look at. We must look more carefully and more locally at what we do.

The second big idea that came after the introduction of universal health care was the idea of inequalities in health. Of course, the Black report came out in 1980, and a huge amount of work has been done on inequalities in health.

As the people from the Public Health Agency of Canada said, it is very clear that these determinants of health, though we now have a certain number that we espouse, the number of determinants has grown from four in the Lalonde report to 10 or 13, depending upon where you look in Health Canada, to 28 when people start to look over the field. When people look at indicators, they have now managed to see more than 5,000 of them.

Therefore, the idea of what a determinant is, how it interacts with other determinants and how policies interact with determinants is not a matter of doing more research. It is a matter of trying to get a much more fundamental understanding of the nature of that complexity. That is the stuff we are beginning to work on.

The new ideas arising start to recognize the complexity of the health and social environment and of the tremendous number of interactions. It is not only a question of being sensitive to health knowledge. It is a question of having education in general. Good kindergarten education likely helps make children healthier than not. That is the point. It is that these determinants are not necessarily health determinants but are social determinants and happen all over the park, in all the ministries.

One thing to think about is how you can start to provide a much broader picture of both the nature of health and the nature of the kinds of interventions that are relevant to health than we have had hitherto and of understanding the contributions of different things in a better way. Thinking and learning about that will take some time and effort. However, I think opening up people's minds is part of what must be done.

The reason I say this, over the last three years we have started a program at McGill University — the International Masters for Health Leadership. We have brought in health professionals from around the world. It is very interesting seeing how siloed people are, how hard it is for people to have a broad picture, how hard it is for people to see beyond their disciplines, beyond their immediate needs, beyond the needs of the people they serve and beyond their research directions. Therefore, getting these broad pictures is something that will allow them to see the complexity.

Au cours d'un certain laps de temps, beaucoup de choses peuvent changer. Ce qui arrive, c'est que les politiques qui sont adéquates à un certain moment donné doivent s'insérer dans un environnement complexe. Les deux témoins qui m'ont précédé vous l'ont dit; nous reconnaissons de plus en plus l'ampleur de la complexité de l'environnement. Nous sommes de plus en plus conscients que nos interventions peuvent produire des résultats inattendus, ce qui est vrai pour un grand nombre d'initiatives que nous avons examinées. Nous devons surveiller ce que nous faisons plus attentivement, et à un niveau plus local.

La deuxième grande idée qui est née après l'établissement d'un système de soins de santé universel était celle des iniquités en matière de santé. Bien sûr, le rapport Black a été publié en 1980, et beaucoup de travail a été accompli pour corriger ces inégalités.

Comme l'ont dit les représentants de l'Agence de la santé publique du Canada, il apparaît très nettement que ces déterminants de la santé — bien que nous adhérons maintenant à plusieurs d'entre eux — n'ont fait que prendre de l'ampleur et sont passés de quatre, dans le rapport Lalonde, à 10 ou 13, à Santé Canada, voire 28 dans certains cas. Quand on regarde les indicateurs, on se rend compte que certains sont arrivés à en dénombrer plus de 5 000.

Par conséquent, pour savoir ce qu'est un déterminant, comment il interagit avec d'autres déterminants et les politiques, on n'a pas besoin de faire davantage de recherches. Il faut plutôt essayer d'avoir une compréhension plus fondamentale de la nature de ces interactions. Nous commençons d'ailleurs à travailler là-dessus.

De plus en plus, on reconnaît la complexité de la santé et de l'environnement social ainsi que du nombre considérable de liens qui existent entre eux. Il ne s'agit pas seulement d'être sensibilisé aux questions de santé; il faut aussi avoir une bonne éducation en général. Par exemple, une formation adaptée dès la maternelle ne peut qu'être bénéfique aux enfants. Ces déterminants ne sont pas nécessairement liés à la santé, mais ce sont des déterminants sociaux que l'on retrouve partout, dans tous les ministères.

Il faut se demander comment donner une meilleure vue d'ensemble de la santé et du type d'interventions pertinentes en santé et arriver à mieux comprendre l'influence de différents facteurs. Réfléchir et apprendre sur le sujet exigeront temps et efforts. En outre, je pense qu'il faut ouvrir l'esprit des gens.

La raison pour laquelle je dis cela, c'est qu'au cours des trois dernières années, nous avons mis sur pied un programme à l'Université McGill — le International Masters for Health Leadership. Nous avons réuni des professionnels de la santé de partout dans le monde. C'est très intéressant de voir à quel point les gens travaillent en vase clos et combien il est difficile pour eux d'avoir une perspective d'ensemble, de voir au-delà de leur discipline, de leurs besoins immédiats, des besoins de leur clientèle et des orientations de leurs recherches. Alors, le fait de les amener à examiner la question dans son intégralité leur permettra de comprendre toute sa complexité.

Also, I think there are measures that deal with complexity. The way in which you intervene in complex environments is not by having broad universal policies only but by thinking about the things that will release the efforts of individuals and small groups throughout a society.

A lot of policies do not release obstacles, they create them. The question is how to reduce the obstacles. We have some examples where we try to do that in some areas, and we are having a great deal of difficulty.

Many efforts of dealing with Aboriginal health in Canada over the recent years have been meant to release the obstacles for people starting to organize their own health system and understand it. However, that has been very difficult. Understanding what that means and understanding how to do it will take time.

There are examples in other countries where people are trying to do that. Others have mentioned the efforts in the U.K. The public health doctor of Scotland can target particular groups and start to work with those particular groups in order to release some of these obstacles and understand how they work. There are examples, and they are worth looking at.

However, I think it is very important to understand the fundamental ideas that stand behind the people who come to you so that you understand where they are coming from, what they are after and that the policies that must be engendered must go back to the people and have some kind of consequence for them. It is not a measure of validating or improving the measurement of the consequence; it is a matter of better understanding the kinds of policies we begin to create.

The Chairman: Unfortunately, we only have five minutes left because we must have a five-minute business meeting and be out of here by six o'clock.

I want to come back to you, Dr. Wolfson, and your chart, which I have been looking at for many years. Are you getting any closer to being able to sort out these discrepancies? Do you have the software to do it yet? Is that as far as you can go at this point?

Mr. Wolfson: The challenge is not the software. It is in having the underlying data that allows us to bring together more information ranging from the beta blockers and clot busting drugs, with which you are familiar I am sure, to the upstream social determinants factors.

We do have some capability by linking the Canadian Community Health Survey, for example, but then we are at risk of having small sample sizes.

In my view, if one is serious about attacking population health with social determinants, they must be thinking about the information systems that would support ongoing understanding and analysis. At the moment, we have a limited capacity, but we are pushing as hard as we can.

De plus, je pense qu'il existe des mesures pour réagir face à cette complexité. Pour intervenir dans des environnements complexes, il ne suffit pas d'adopter des politiques universelles; il faut plutôt voir en quoi les efforts de certains individus et petits groupes pourraient profiter à toute une société.

Beaucoup de politiques créent des obstacles au lieu de les faire disparaître. Il faut donc réduire ces obstacles. Nous essayons de le faire dans certains secteurs, mais nous éprouvons de grandes difficultés.

Ces dernières années, on a déployé beaucoup d'efforts pour venir à bout des barrières qui empêchent les Autochtones au Canada d'organiser et de comprendre leur propre système de santé. Mais c'est loin d'être facile. Cela prendra beaucoup de temps pour arriver à comprendre tous les tenants et les aboutissants et à mettre sur pied un système viable.

Cela se passe aussi dans d'autres pays, comme au Royaume-Uni. Un médecin spécialiste en santé publique d'Écosse peut cibler des groupes en particulier et travailler avec eux afin d'arriver à cerner et à comprendre les problèmes. Il y a un certain nombre d'exemples, et je pense que cela vaut la peine de les considérer.

Par ailleurs, je pense qu'il est très important de s'interroger sur les gens qui s'adressent à vous afin de savoir d'où ils viennent, ce qu'ils cherchent, et que les politiques qui doivent être créées en tiennent compte si on veut qu'elles portent fruit. Il ne s'agit pas de valider ou d'améliorer la mesure des conséquences, mais plutôt de mieux comprendre le genre de politiques que nous devons mettre en œuvre.

Le président : Malheureusement, il ne nous reste que cinq minutes. Nous devons nous garder du temps à la fin pour régler une question d'ordre administratif, et nous devons libérer la salle pour 18 heures.

J'aimerais revenir à vous, monsieur Wolfson, et sur votre graphique, dont je suis l'évolution depuis de nombreuses années. Parvenez-vous à mieux analyser ces disparités? Avez-vous le logiciel pour le faire? Est-ce le mieux que vous puissiez faire pour l'instant?

M. Wolfson : La difficulté ne tient pas tant aux logiciels qu'aux données sous-jacentes nous permettant de rassembler plus de renseignements, et cela va des bêta-bloquants et des médicaments thrombolytiques — que vous connaissez certainement — aux facteurs déterminants sociaux en amont.

Nous pouvons le faire en établissant des liens avec l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, par exemple, mais nous risquons d'avoir de plus petits échantillons.

À mon avis, si l'on veut s'attaquer sérieusement aux déterminants sociaux qui compromettent la santé de la population, on doit envisager des systèmes d'information qui permettent une compréhension et une analyse continues. Pour l'instant, nous avons une capacité limitée, mais nous faisons de notre mieux.

The Chairman: It is interesting that Canada Health Infoway just received a big shot in the arm of its budget. Although it is not as big as I would like, it is quite substantial. Have you talked to Richard Alvarez about giving you the appropriate programs?

Mr. Wolfson: There is more to it than the conversations that Statistics Canada and I have had with Infoway. A small group of people, including from CIHI and the provincial chief information officers, is talking about this. As you know, Infoway has been focussed on patient care — and the phrase “secondary use” or “health system use.” How do we ensure that that investment in vitally important new information systems serves not only patient care but also an understanding of what is going on in a chart like this one? It is a sensitive area because of privacy considerations and because, to be frank, I am not sure clinicians are happy with people analyzing their practice patterns statistically. It seems vitally important that that electronic health record initiative not only proceed but go ahead in a broader perspective that ultimately includes being able to provide information relevant to social determinants.

The Chairman: Do you see a possibility of a loop closing between you, CIHI and the Public Health Agency of Canada?

Mr. Wolfson: Certainly, we are talking. At my level, there is a consensus of view but I am not sure about the broader public level. For example, I do not know that politicians are focussed on these kinds of issues.

Senator Eggleton: Mr. Glouberman, I understand that you once wrote that making people healthier will help to reduce demands on health care services.

Mr. Glouberman: I never wrote that.

Senator Eggleton: Okay. I guess you do not subscribe to that.

Mr. Glouberman: I do not subscribe to that at all. The idea of compression of morbidity is a fantasy. Rather, it is a deferral of morbidity. I also think that we have an explosion of epidemics of chronic diseases and they are very different than the kinds of diseases that lend themselves to analysis in a straightforward way. Heart attacks are very different from the slow process of heart disease. They are the acute representation of a disease and the question about what happens over a long period of time so that we can slow down the progression of heart disease in many ways and still have heart disease. I believe that someone said that, with good management of chronic illness, we can avoid some of the worst complications, and that is correct. Good management of chronic diseases requires a great deal of input from the patients as well, and we are beginning to learn that. The notion of how disease is understood is interesting. Diseases that used to be thought of as acute are now thought of as chronic, like cancer.

Mr. Wolfson: In reference to the indicator that I showed on health-adjusted life expectancy, among other things it is designed precisely to enable us to understand whether there is a

Le président : Inforoute Santé du Canada vient de recevoir un bon coup de main. Même si j'aurais espéré plus, il s'agit d'une aide importante. Avez-vous parlé à Richard Alvarez au sujet de l'adéquation des programmes?

M. Wolfson : Cela ne se limite pas aux discussions que les représentants de Statistique Canada et moi avons eues avec Inforoute Santé du Canada. Il y a aussi un petit groupe de gens, notamment de l'ICIS, ainsi que des directeurs provinciaux de l'information qui sont concernés. Comme vous le savez, Inforoute s'est concentrée sur les soins aux malades — et la notion d'« usage secondaire » ou d'« utilisation du système des soins de santé ». Comment pouvons-nous nous assurer que cet investissement dans les nouveaux systèmes d'information essentiels sert non seulement pour les soins aux patients, mais aussi à mieux comprendre ce que signifie un graphique comme celui-ci? C'est délicat à cause de la protection des renseignements personnels et aussi, pour être franc, parce que je ne suis pas certain que les cliniciens soient enthousiastes à l'idée que les gens analysent leurs pratiques statistiquement. Il est crucial qu'on crée ce dossier médical électronique en adoptant une perspective d'ensemble qui nous permettra de dégager des renseignements pertinents sur les déterminants sociaux.

Le président : Envisagez-vous la possibilité d'obtenir des résultats concrets en collaboration avec l'ICIS et l'Agence de santé publique du Canada?

M. Wolfson : Certainement, nous en parlons. À mon niveau, il y a un consensus, mais je ne suis pas certain de ce qu'en pense la sphère publique en général. Par exemple, j'ignore si les politiciens accordent de l'importance à ce genre de questions.

Le sénateur Eggleton : Monsieur Glouberman, si je comprends bien, vous avez écrit que le fait d'améliorer la santé des gens permettrait de réduire la pression sur les services de santé.

M. Glouberman : Je n'ai jamais écrit cela.

Le sénateur Eggleton : D'accord, vous le réfutez.

M. Glouberman : Absolument. L'idée de la compression de la morbidité n'est pas réaliste. On repousse plutôt la morbidité. Je pense aussi que nous assistons à une forte épidémie de maladies chroniques, et que celles-ci sont très différentes du type de pathologies qui se prêtent bien à l'analyse. Les crises cardiaques sont très différentes des maladies cardiovasculaires qui peuvent se développer lentement. Elles sont la manifestation la plus prononcée de la maladie. Il faut comprendre l'évolution de la maladie cardiaque sur une longue période pour arriver à ralentir sa progression par divers moyens. Je crois que quelqu'un a dit qu'avec une bonne gestion des affections chroniques, nous pourrions éviter les pires complications, et c'est tout à fait vrai. Mais pour cela, il faut également beaucoup de rétroaction des patients, et c'est ce que nous commençons à comprendre. C'est intéressant de voir comment une maladie est comprise. Les maladies qu'on croyait aiguës autrefois sont maintenant considérées chroniques, comme le cancer.

M. Wolfson : Quant à l'indicateur dont je vous ai parlé concernant l'espérance de vie ajustée sur la santé, il nous permet, entre autres, de comprendre s'il y a une compression ou

compression of morbidity or a deferral of it. We are assembling the best time-series data that we can do. Certainly, deferral occurs. However, the amount of time between health-adjusted life expectancy and life expectancy — the proportion of a lifetime that one can expect to feel unwell and cost the health care system money — is likely declining as a proportion, although we do not have the definitive data. It will defer health care costs only, and not eliminate them; we all die.

Senator Eggleton: You will have a better quality of life for a longer time, in your opinion.

Mr. Glouberman: That is the hope, and you can avoid some of the worst complications. If you think of that as compression of morbidity, then it is so. However, it is not the kind of situation where you live a full and healthy life and then keel over dead. That was the fantasy of the 1970s, but that is gone.

The Chairman: Available data show that the 100 year old who dies does not cost the system nearly as much in the last two years of life as the 50 year old costs in the last two years of life.

Mr. Glouberman: That is true.

The Chairman: If you can move the curve out, then you are saving money.

Mr. Glouberman: That is true. There are heroic interventions to save the 50 year old in the process of dying, but the cost of a 70 year old and 90 year old would not be that different.

Senator Cook: I should like to focus on the younger population and specifically on the future of those that are the ages of my grandchildren. In this complexity called living, which was so simple for me, how much can we find out about it, tell about it, and then who has the right to say that this is wrong? Where is the freedom of choice?

Mr. Glouberman: There should be a great deal more freedom of choice. I went to a conference on obesity in children. Because many people, especially those from the research community, are mired in an old way of thinking, which is reductive, in trying to reduce things to a series of formulating what is approved, you get into problems. The question of how people become fat is not only about eating fast foods and sitting before the TV but also about the nature of families and how much loving there is in the food, for example, which is very hard to measure. The question about understanding much more about the process of how people get along and how all of these things happen is not simply a matter of finding a series of variables but rather it is a matter of looking at the whole picture. People do make choices, and understanding what their choices are and including them and what they want to do in the mix is important in understanding how we move many of our policies forward.

Senator Cook: Like the policies of fast foods and transfats.

Mr. Glouberman: Yes.

un report de la morbidité. Nous nous efforçons de rassembler les meilleures séries de données. Chose certaine, on repousse la morbidité. Toutefois, l'écart entre l'espérance de vie ajustée sur la santé et l'espérance de vie tout court — qui représente la période, au cours d'une vie, pendant laquelle on peut être malade et coûter cher au système de santé — est susceptible de se réduire, bien que nous n'ayons pas de données officielles. Cela ne fera que reporter les coûts et non les éliminer car nous allons tous mourir un jour ou l'autre.

Le sénateur Eggleton : Selon vous, on vivra plus longtemps, avec une meilleure qualité de vie.

M. Glouberman : C'est ce qu'on souhaite, et on pourrait éviter les pires complications. Ce serait cela la compression de la morbidité. Ce n'est pas le genre de situation où vous vivez pleinement et en bonne santé, puis vous mourez du jour au lendemain. C'était ce qu'on croyait dans les années 1970, mais maintenant, ce n'est plus le cas.

Le président : Des données révèlent qu'une personne qui s'éteint à l'âge de 100 ans ne coûte pas plus cher au système pendant les deux dernières années de sa vie qu'une personne de 50 ans.

M. Glouberman : C'est vrai.

Le président : Retarder la morbidité ne coûte pas plus cher.

M. Glouberman : Effectivement. On fait des interventions héroïques pour arriver à prolonger la vie d'une personne âgée de 50 ans sur le point de mourir, mais le coût pour une personne de 70 ou de 90 ans ne serait pas si différent.

Le sénateur Cook : J'aimerais maintenant que nous nous penchions sur la population jeune, précisément sur l'avenir des jeunes de l'âge de mes petits-enfants. Aujourd'hui, la vie semble si compliquée, alors que de mon temps, elle était si simple. Jusqu'où irons-nous avec toutes ces contraintes et qui peut s'arroger le droit de dire ce qui est bon ou mauvais? Où est le libre choix là-dedans?

M. Glouberman : En effet, il devrait y avoir beaucoup plus de liberté de choix. J'ai assisté à une conférence sur l'obésité juvénile. Étant donné que de nombreuses personnes, en particulier dans le milieu de la recherche, s'enlisent dans une vieille mentalité réductrice en essayant de ramener les choses à une série de formulations toutes faites, cela pose problème. Le surpoids est directement lié aux mauvaises habitudes alimentaires et à la sédentarité, mais aussi aux familles et au rapport qu'elles entretiennent avec la nourriture, ce qui est très difficile à mesurer. Pour arriver à comprendre comment les gens en arrivent là, il ne suffit pas de trouver une série de variables; il faut examiner la question dans son ensemble. Les gens font des choix, et il nous faut comprendre ces choix pour élaborer nos politiques en conséquence.

Le sénateur Cook : Comme les politiques sur la malbouffe et les gras trans.

M. Glouberman : Oui.

Senator Cook: Until that came on the radar screen, it was a wonderful place to take your kids when you did not want to cook, perhaps on a Friday night. Now we have to re-educate children and reform their taste buds. How much can society or government inflict on the will of a person who wants to do as they please and to heck with the rest? We are victims of the marketplace.

Mr. Glouberman: Yes, we are such victims, but we can create other opportunities. Having opportunities for people to do things and to self-organize and decide what they will do ends up being very valuable in contributing to health and to how people operate and make choices in life. For example, I sat on a government commission for HIV/AIDS. I met a man who was sitting on that commission who was a gay Aboriginal. He said that he started smoking when he was 14 years old because he knew that he would be dead by the time he was 30. He knew that smoking was bad for him but decided that if he was going to die by the time he was 30, it made no sense not to smoke because it gave him pleasure. The choices that he made in the circumstances of his life were such. If we can create an environment where he knows he will not die when he is 30, then he will have to think about smoking in a different way.

The Chairman: I thank our witnesses for their testimony this evening.

Senators, I believe you have received a copy of this budget, which contains a change. I had initially asked for \$70,000 for professional services, but I am now asking for \$105,000 — because Mr. Chodos, who was to be my right arm, will move on to the mental health commission, as well he should. However, he is not readily replaceable. He has been with us for six years and has become a kind of appendage. Howard, we congratulate you.

Back to the budget, honourable senators. It will cost us a few bucks because we cannot replace him but instead will have to hire a few people with expertise. As well, an amount is included in the change for six from the committee to go to the Vancouver meeting, which is a must. This budget has to be presented at tomorrow's meeting of the Social Affairs Committee chaired by Senator Eggleton for approval, following which it will go before Internal Economy. Is it agreed, senators?

Hon. Senators: Agreed.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, March 28, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:21 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chairman*) in the chair.

Le sénateur Cook : Avant que les établissements de restauration rapide ne se retrouvent sur la sellette, c'était l'endroit idéal où amener les enfants lorsqu'on n'avait pas envie de cuisiner, par exemple le vendredi soir. Nous devons maintenant réapprendre à nos enfants les bonnes habitudes alimentaires. Comment un gouvernement ou une société peuvent-ils empêcher les gens de garder leurs mauvaises habitudes, s'ils sont prêts à en assumer les conséquences? Nous sommes victimes du marché.

M. Glouberman : Tout à fait. N'empêche que nous pouvons offrir d'autres possibilités. Si on permet aux gens de faire des choix éclairés et de s'organiser, on contribue à améliorer la santé. Par exemple, j'ai siégé à une commission gouvernementale sur le VIH/sida à laquelle participait également un Autochtone homosexuel. Il a affirmé avoir commencé à fumer à l'âge de 14 ans car il savait qu'il n'atteindrait pas l'âge de 30 ans. Il était conscient que c'était mauvais pour sa santé, mais comme il savait qu'il n'allait pas franchir le cap de la trentaine, il ne voyait pas pourquoi il devait s'en priver étant donné que cela lui procurait du plaisir. C'est le choix qu'il a fait dans les circonstances. Si nous arrivions à créer un environnement dans lequel il saurait qu'il ne mourrait pas à 30 ans, il réviserait son choix.

Le président : J'aimerais remercier tous nos témoins pour leur participation ce soir.

Sénateurs, je crois que vous avez tous reçu une copie de ce budget, auquel on a apporté un changement. J'avais demandé 70 000 \$ pour les services professionnels au départ, mais je demande maintenant 105 000 \$ — parce que M. Chodos, qui était mon bras droit, doit nous quitter pour aller travailler au sein de la Commission de la santé mentale. Il ne sera pas facile de le remplacer. Il était avec nous depuis six ans et nous était devenu indispensable. Howard, nous te félicitons.

Revenons au budget, honorables sénateurs. À défaut de pouvoir le remplacer, nous devons déboursier un peu plus pour retenir les services de quelques experts. De plus, une partie du budget servira à payer le voyage de six sénateurs à Vancouver, qui est un impératif. Le budget doit être présenté demain au comité des affaires sociales, présidé par le sénateur Eggleton, pour approbation, après quoi il sera envoyé au comité de régie interne. Êtes-vous d'accord, sénateurs?

Des voix : Oui.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 28 mars 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 21 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, et en faire rapport.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[English]

The Chairman: Honourable senators, we are truly privileged today to have outstanding witnesses with us who have given their time to come and educate us and help us along our way to getting this study done. We will begin with Dr. John Lynch who is a Canada Research Chair in Population Health from McGill University.

Please proceed.

Dr. John Lynch, Canada Research Chair in Population Health, McGill University: Thank you very much for the invitation to appear before you. I am a public health scientist and epidemiologist. I am not a policy expert nor am I a policy advocate. My comments come from someone who has worked in the field trying to determine the most effective interventions to improve population health.

I think everyone agrees that social conditions in general affect health. Factors such as education, income, housing and working conditions may affect most but not all health outcomes. Why is that important? It is important to know that they do not affect all health outcomes because that means there is nothing inevitable about those things, that they can potentially be changed.

I would suggest that policy frameworks exist to build a coherent and comprehensive approach to improving population health through the social determinants. I would also suggest that there is a fairly poor evidence base on what are the most effective and the most cost-effective interventions. I do think we can build a better policy-relevant evidence base, and that should be an active research priority in Canada. However, one area where better evidence does exist is the benefits of investing in early life. I am sure you have heard that message before and I will hopefully show you some different angles on that today, but building human capital in children will pay off in the development of health capital.

You may have seen this before. It is the sort of evidence that people use to suggest that broadly defined social conditions affect health. Here you see what is called the Preston curve and countries arrayed by their GDP per head. Canada is somewhere up around where U.K. and Italy and France are. The richer countries have longer life expectancies. The implication of this evidence is that as countries get richer, their health improves. In general that is true, but you also see a great deal of variation around those lines. Some countries do better than they should for their average wealth and some do worse.

If we look within countries — this is an example from Canada — again we see a variation in health around income. This time it is income of individuals. You will see fourfold and fivefold differences across the income gradient. In this case, we are talking about the prevalence of cardiovascular disease. Perhaps

[Traduction]

Le président : Honorables sénateurs, nous avons aujourd'hui le grand privilège d'accueillir comme témoins d'éminents spécialistes qui ont pris une partie de leur temps pour venir faire notre éducation et nous aider dans notre étude. Nous allons commencer par le Dr John Lynch, qui est président de la Chaire de recherche du Canada en santé des populations, de l'Université McGill.

Vous avez la parole.

Dr John Lynch, président de la Chaire de recherche du Canada en santé des populations, Université McGill : Je vous remercie beaucoup de m'avoir invité à comparaître devant vous. Je suis épidémiologiste et spécialiste en santé publique. Je ne suis ni un expert ni un champion des grandes orientations stratégiques. Mes commentaires sont ceux d'un travailleur de terrain qui cherche à déterminer quelles sont les interventions les plus efficaces pour améliorer la santé des populations.

À mon avis, il est acquis que les conditions sociales en général ont une incidence sur la santé. Des facteurs comme l'éducation, le revenu, le logement et les conditions de travail influencent sans doute la plupart, mais non la totalité des résultats en matière de santé. Pourquoi est-ce important? Il est important de savoir qu'ils ne déterminent pas tous les résultats en matière de santé car cela signifie qu'il n'y a rien d'inévitable au sujet de ces résultats et qu'ils peuvent potentiellement être modifiés.

À mon sens, les cadres stratégiques existent pour bâtir une approche exhaustive et cohérente en vue d'améliorer la santé des populations par le biais des déterminants sociaux. Cela dit, nous disposons d'un ensemble de données plutôt mince sur ce qui constitue les interventions les plus efficaces et les plus rentables. Je pense que nous pouvons constituer une base de données pertinente au plan des orientations stratégiques et que cela devrait être une priorité de recherche au Canada. Toutefois, il y a un domaine où nous disposons de meilleures données scientifiques prouvant combien il est avantageux d'investir dès les premières étapes de la vie. Je suis sûr que vous avez entendu ce message auparavant et j'espère vous le présenter sous différents angles aujourd'hui, mais l'investissement dans le capital humain en bas âge portera fruit au niveau du développement du capital en santé.

Vous avez peut-être déjà vu ceci. C'est le genre de données dont les gens se servent pour montrer que les conditions sociales, définies de façon générale, influent sur la santé. Vous voyez ici la courbe de Preston et les pays répartis selon leur PIB par habitant. Le Canada se situe approximativement au même niveau que le Royaume-Uni, l'Italie et la France. Dans les pays nantis, l'espérance de vie est plus longue. Il s'ensuit, d'après ces données, qu'à mesure que les pays s'enrichissent, l'état de santé de leur population fait de même. En général, cette affirmation est véridique, mais on peut aussi voir de multiples variations par rapport à cette courbe. Certains pays font mieux qu'ils le devraient selon leur richesse moyenne et d'autres font moins bien.

À l'intérieur même des pays — c'est un exemple tiré du Canada —, on constate encore là des variantes en matière de santé selon le revenu. En l'occurrence, il s'agit du revenu des citoyens. Vous pouvez constater une différence quadruple ou quintuple pour ce qui est du gradient du revenu. En l'occurrence,

the implication here, like in the previous slide, would be that if people with low incomes had high incomes, they would take on the CVD prevalence of the better off. That is probably fair to suggest. We do not know, if we did that, how much better their health would be. It would improve. Would it approach the health of the rich? We just do not know that for sure.

The policy framework I would like to show you is one that has been used extensively in the Nordic countries, developed by a colleague of mine, Finn Diderichsen. The basic idea is that social conditions, broadly defined, affect the levels and distributions of risk factors in populations. By risk factors, I mean smoking, being overweight, hypertension, et cetera. Those risk factors, in turn, predict the onset of ill health. Once ill health has set in, there is the process of living the consequences of that ill health.

At a base level, this suggests three kinds of policy interventions that we could think about in terms of building a comprehensive approach. There would be policy aimed at changing the social conditions: employment, education, poverty, housing, transport, the sorts of policy decisions that are already being made by the Parliament.

I also believe there are opportunities in public health policy to intervene on the mechanisms that link social conditions to health. Mechanisms are very important and give us extra opportunities to intervene. In this case, we could be reducing risk factors like smoking and obesity in the population. We already do a great deal of that, but we do not know much about the equity effects of those kinds of interventions.

Finally, it is important what we do in medical care because the consequences of living with chronic disease are more and more likely as life expectancy goes up. The fact of having chronic disease is almost assured. The issue will be: How well do we live with it and what are the social differences in that quality of life? To my mind, health care and medical care are crucial here as well.

Let me just quickly walk you through a selected bit of the intervention evidence base. I am just giving you selected examples to highlight, in terms of effectiveness and cost-effectiveness, that we do not know all that much. Part of that is a failure of the research community to generate policy-relevant evidence; I think that is a priority area.

Here you see a title, "Evidence for public health policy on inequalities" and the conclusion is that this study reinforces the view that there is a lack of information on effectiveness and cost-effectiveness of policies.

il est question de la prévalence des maladies cardiovasculaires. La conclusion qui s'impose peut-être ici, comme dans la diapositive précédente, c'est que si les gens à faible revenu avaient des revenus élevés, ils afficheraient la prévalence des maladies cardiovasculaires des mieux nantis. C'est sans doute une conclusion légitime. Nous ne savons pas, si c'était le cas, dans quelle mesure leur santé s'améliorerait. Elle s'améliorerait certainement, mais son niveau se rapprocherait-il de celui des riches? Nous ne le savons pas avec certitude.

Le cadre stratégique que je veux vous montrer a été élaboré par l'un de mes collègues, Finn Diderichsen, et il a été appliqué sur une grande échelle dans les pays nordiques. Il se fonde sur le principe voulant que les conditions sociales, définies au sens large, aient une influence sur les niveaux et la répartition des facteurs de risque au sein des populations. Par facteurs de risque, j'entends le tabagisme, l'obésité, l'hypertension, et cetera. À leur tour, ces facteurs de risque sont les précurseurs d'un mauvais état de santé. Et une fois ce mauvais état de santé établi, il faut vivre avec ses conséquences.

Fondamentalement, cela ouvre la porte à trois types d'interventions stratégiques que l'on pourrait adopter en vue de se doter d'une approche exhaustive. Il y aurait une politique publique visant à modifier les conditions sociales : emploi, éducation, pauvreté, logement, transport, autrement dit le genre de décisions stratégiques que prend déjà le Parlement.

J'estime qu'il est aussi possible dans le cadre d'une politique de santé publique d'intervenir sur les mécanismes qui relient les conditions sociales à la santé. Ces mécanismes sont très importants et nous fournissent des occasions supplémentaires d'intervenir. En l'occurrence, nous réduirions les facteurs de risque, comme le tabagisme et l'obésité au sein de la population. Nous déployons déjà énormément d'efforts en ce sens, mais nous ne savons pas grand-chose des effets sur l'équité de ce type d'interventions.

En dernier lieu, notre action dans le domaine des soins médicaux est importante car à mesure que l'espérance de vie augmente, les conséquences liées aux maladies chroniques sont de plus en plus présentes. En fait, nous sommes de plus en plus assurés de devoir composer avec la maladie chronique. D'où la question suivante : Comment réussirons-nous à composer avec cela et quelles sont les différences sociales que cela entraînera au plan de la qualité de vie? À mon avis, les soins de santé et les soins médicaux jouent ici aussi un rôle crucial.

Permettez-moi de vous présenter brièvement une brochette d'interventions. Je vous donnerai des exemples choisis pour souligner à quel point nos connaissances sont limitées en ce qui concerne l'efficacité et la rentabilité de nos interventions. Cette situation est en partie attribuable au fait que le milieu de la recherche n'a pas généré des données pertinentes pour les politiques publiques. À mon avis, c'est un domaine prioritaire.

Ici, vous pouvez lire le titre suivant « Incidence de la politique de santé publique sur les inégalités ». En conclusion, cette étude vient étayer l'opinion selon laquelle il existe un manque d'information sur l'efficacité et la rentabilité des politiques.

Other examples relate to studies of urban regeneration programs to improve public health and reduce health inequalities. The conclusion here is that there is little evidence of the impact of national urban regeneration investment on socioeconomic or health outcomes. Where impacts have been assessed, these are often small and positive. I should say that it is not that these programs do not work; it is just that it is very difficult to build an evidence base; and if the government is looking for evidence to inform policy, that evidence base could be stronger.

There are other selected examples here. A range of housing interventions was considered in 2000 in the *British Medical Journal*. There was a lack of evidence. There have been studies on the impact of new foods. One particularly interesting study related to large-scale food retail interventions in diet. The idea was that one way we can change people's eating habits is to give them better food choices. Unfortunately, if there was any effect, there was not much effect. The reason was people did not buy it. We need to think about why it is that people develop these food habits over time in their lives. Simply giving them different food did not seem to make a difference, which makes sense. These tastes develop from families and backgrounds and over time. We need to think about early life.

If I can put a little plug in here for building a better evidence base, Canada is well placed to take a leading role in developing policy-relevant evidence. Some of you may have heard of the StatsCan program LifePaths. No finance ministry in the rich world would propose policy initiatives without using simulation models to test different policy options. We should be doing the same thing in population health. Those tools exist right down the road at StatsCan. We are well placed to do that. We are one of the few places in the world that has that kind of technology, and I think we should be doing a better job at trying to bridge this link between epidemiologic and public health evidence into policy-relevant options that can inform policy choices.

I know you have heard a lot about investing early in life and I, too, would push that idea. To give you some examples, this is from an OECD report released a couple of years ago. These are the percentages of children reporting less than six educational possessions. Those are things like a desk, a quiet place to study, a computer for school work, et cetera. In Canada, 20 per cent of kids aged 15 have less than six educational possessions.

D'autres exemples sont tirés d'études portant sur des programmes de revitalisation du milieu urbain en vue d'améliorer la santé publique et de diminuer les inégalités en matière de santé. La conclusion, c'est qu'il existe bien peu de données sur l'incidence d'un investissement national dans la revitalisation du milieu urbain sur les résultats socioéconomiques ou la santé. Lorsqu'on a évalué leurs répercussions, on a constaté qu'elles étaient souvent minimes et positives. Ce n'est pas que ces programmes ne fonctionnent pas; c'est simplement qu'il est très difficile de réunir des preuves factuelles. Et si le gouvernement est en quête de données observables pour fonder sa politique publique, il faudrait que la preuve factuelle soit plus solide.

Il y a aussi d'autres exemples ici. En 2000, le *British Medical Journal* s'est penché sur une série d'interventions dans le domaine du logement. Les données étaient fragmentaires. Il y a eu des études sur l'incidence d'un changement d'alimentation. Une étude particulièrement intéressante portait sur des interventions d'envergure dans les commerces d'alimentation de détail pour modifier le régime alimentaire. On s'était fondé sur l'idée que l'une des façons de modifier les habitudes alimentaires des gens était de leur offrir un meilleur choix d'aliments. Malheureusement, si cela a eu un effet quelconque, il a été minime. Pourquoi? Parce que les gens n'ont pas acheté ces nouveaux aliments. Il nous faut réfléchir à la question de savoir pourquoi les gens développent ces habitudes alimentaires au cours de leur vie. Leur offrir simplement des aliments différents ne semble pas faire de différence, ce qui est logique. Les goûts se développent au fil du temps dans les familles et dans les milieux de vie. Nous devons orienter notre réflexion sur les premières étapes de la vie.

Si je peux me permettre d'intercéder en faveur de la constitution d'une meilleure base de données, le Canada est bien placé pour jouer un rôle de premier plan dans la collecte de données pertinentes au plan des politiques publiques. Certains d'entre vous ont peut-être entendu parler du programme de Statistique Canada appelé LifePaths. Aucun ministre des Finances d'un pays du monde industrialisé ne proposerait d'initiatives de politique publique sans se servir de modèles de simulation pour mettre à l'épreuve différentes options stratégiques. Nous devrions faire la même chose pour ce qui est de la santé des populations. Ces outils existent déjà à Statistique Canada. Nous sommes très bien placés pour mener de tels travaux. Le Canada est l'un des rares pays au monde qui dispose de cette technologie et, à mon avis, nous devrions mieux réussir à étoffer ce lien entre les données épidémiologiques et de santé publique et les options stratégiques susceptibles de façonner les choix de politique publique.

Je sais que vous avez beaucoup entendu parler de l'importance d'investir tôt dans la vie, et je vais moi aussi insister là-dessus. Voici quelques exemples tirés d'un rapport de l'OCDE publié il y a deux ans environ. Il s'agit des pourcentages des enfants ayant moins de six possessions éducatives. On entend par là des choses comme un pupitre, un endroit tranquille pour étudier, un ordinateur pour les travaux scolaires, et cetera. Au Canada, 20 p. 100 des enfants âgés de 15 ans ont moins de six possessions éducatives.

From the same report, these are children who report eating fruit each day. We still have 35 per cent of children in Canada reporting that they eat fruit every day. We can surely do better.

If you look at the social distribution of some of these health outcomes in kids, they relate to delinquent behaviour by income in Canada. Here, again, you see the social gradients that affect these outcomes in kids.

I would recommend a report to you that was released in the last month by the well-known Brookings Institute in the United States entitled *Success By Ten*. They make the following statement:

People make decisions in the face of uncertainty all the time: which job to take, how to invest, whom to marry. Government policy makers similarly are forced to make policy decisions before the available science is perfect.

I have indicated to you that there are some imperfections in that knowledge.

Based on the available evidence, we think that present knowledge strongly favours our proposal of stepped-up investments in early education from birth to age ten.

I find that report quite compelling and I would recommend it to you.

Another area where we can do more is child poverty. Here, I have arrayed the European countries, the Australian states, the Canadian provinces and the U.S. states according to the levels of child poverty. You see the Canadian provinces in red. You see that most of the European countries do better than we do in Canada, Australia and certainly in the United States.

Let us break that down by family structure. This is the amount of child poverty in lone-parent families. I have highlighted Canada at 12 per cent, the U.S. at 17 per cent and Sweden at 21 per cent. Sweden actually has a higher prevalence of single-parenting. The question is what happens to poverty in those families? In Sweden, they have their 21 per cent of lone parents, but only 7 per cent of those families have children in poverty. In the United States, 55 per cent of their lone-parent families have children in poverty and, in Canada, the figure is 52 per cent.

These are policy choices we make. There is no inevitability about this. You can see the enormous range across these countries.

If we look at child poverty taxes and transfers, you see Sweden at 23 per cent. This is poverty generated by the market, basically through salaries before taxes and transfers. There is 23 per cent child poverty in Sweden; 24 per cent in Canada, which is quite similar; and 35 per cent in the U.K. Sweden drops that to 3 per cent by taxes and transfers. In Canada we drop it to

Dans le même rapport, on s'intéresse aux enfants qui disent manger des fruits tous les jours. Encore aujourd'hui, 35 p. 100 des enfants au Canada affirment manger des fruits tous les jours. Nous pouvons sûrement faire mieux.

Si l'on considère la répartition sociale de ces résultats sur la santé des enfants, on note un lien avec le comportement délinquant selon le revenu au Canada. Encore là, on constate que les gradients sociaux ont une incidence sur l'état de santé des enfants.

Je vous recommande un rapport intitulé *Success By Ten*, publié le mois dernier aux États-Unis par le Brookings Institute, dont la réputation n'est plus à faire. On peut y lire l'énoncé suivant :

Les gens prennent constamment des décisions face à l'incertitude : quel emploi accepter, comment investir, qui épouser. Les responsables des orientations politiques du gouvernement sont eux aussi contraints de prendre des décisions avant de disposer de données scientifiques irréfutables.

J'ai déjà mentionné que notre bagage de connaissances laissait à désirer.

En se fondant sur les données disponibles, nous estimons que l'état des connaissances actuelles vient étayer notre proposition d'augmenter les investissements dans la petite enfance, de la naissance à l'âge de 10 ans.

Je trouve ce rapport des plus intéressants et je vous en recommande la lecture.

Un autre domaine où nous pouvons en faire plus, c'est la pauvreté des enfants. Ici, j'ai disposé les pays européens, les États australiens, les provinces canadiennes et les États américains selon leur niveau respectif de pauvreté infantile. Les provinces canadiennes sont en rouge. Comme vous le voyez, la plupart des pays européens font mieux à ce chapitre que nous, au Canada, mieux qu'en Australie et assurément mieux qu'aux États-Unis.

Faisons maintenant une ventilation par structure familiale. Voici le taux de pauvreté infantile parmi les familles monoparentales. J'ai mis en relief le Canada à 12 p. 100, les États-Unis à 17 p. 100 et la Suède à 21 p. 100. En fait, la Suède a une plus grande proportion de familles monoparentales. La question est de savoir quel est le taux de pauvreté dans ces familles. En Suède, il y a 21 p. 100 de parents seuls, mais seulement 7 p. 100 de ces familles ont des enfants pauvres. Aux États-Unis, 55 p. 100 des familles monoparentales ont des enfants pauvres; au Canada, le taux est de 52 p. 100.

C'est le résultat de certains choix politiques que nous faisons. Il n'y a rien d'inévitable là-dedans. On peut constater d'énormes variations d'un pays à l'autre.

Voyons maintenant le rapport entre la pauvreté infantile, les impôts et les transferts; on peut voir que la Suède est à 23 p. 100. C'est un taux de pauvreté créé par le marché, essentiellement par les salaires avant impôts et transferts. Nous avons donc 23 p. 100 de pauvreté infantile en Suède; 24 p. 100 au Canada, ce qui est très proche; et 35 p. 100 au Royaume-Uni. La Suède abaisse ce

17 per cent. In the U.K. it is dropped to 20 per cent. Again, this is an example of policy choices we make about how we expose children to poverty.

Colleagues in the U.K., I think, have written powerfully:

... it is by ending childhood poverty that the greatest proportional improvement in inequalities in health can be made.

Ending child poverty may be the most difficult goal to achieve, but it would have the greatest effect.

How much would that cost? The Innocenti Centre, the UNICEF Centre in Florence, estimates that it would cost less than half a per cent of GNP in Canada.

Another aspect that we should think about in terms of investing in early life is how we spend our money on education. Again, from a different OECD report released in the last couple of months, they make the point that countries do not always spend a great deal on pre-school education, leading to potentially wasted opportunities for children's early development.

Well-known Harvard economist David Cutler recently wrote something for the National Bureau of Economic Research that quite struck me.

The monetary value of the return to education in terms of health is perhaps 50 per cent of the return to education on earnings, so policies that impact educational attainment could have a large effect on population health.

No one would deny the importance of education for earnings. Here they are estimating that the returns on education to health are about half of those to earnings. That seems like an important effect.

In conclusion, I do think it is possible to develop a comprehensive and clear policy framework within which to deal with the social determinants of health and health inequalities.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Lynch.

Our next speaker is Dr. Jody Heymann, a Canada Research Chair in Global Health and Social Policy.

[Translation]

Dr. Jody Heymann, Canada Research Chair in Global Health and Social Policy: Mr. Chairman, I thank you for the opportunity to address this committee today.

taux à 3 p. 100 grâce aux impôts et aux transferts. Au Canada, nous l'abaissons à 17 p. 100. Au Royaume-Uni, le taux baisse à 20 p. 100. C'est encore un exemple des choix politiques que nous faisons quant à la manière dont nous exposons les enfants à la pauvreté.

Des collègues du Royaume-Uni, je crois, ont écrit cette déclaration éloquente :

[...] c'est en mettant fin à la pauvreté infantile que l'on peut réaliser, proportionnellement, la plus grande réduction des inégalités en santé.

Mettre fin à la pauvreté infantile, c'est peut-être l'objectif le plus difficile à atteindre, mais c'est celui qui aurait les plus profondes répercussions.

Combien cela coûterait-il? Le Centre Innocenti, qui est le centre établi par l'UNICEF à Florence, estime qu'il en coûterait moins d'un demi pour cent du PNB au Canada.

Un autre aspect auquel nous devrions réfléchir pour ce qui est d'investir dans les premières étapes de la vie, c'est la manière dont nous dépensons notre argent consacré à l'éducation. Dans un autre rapport publié par l'OCDE ces derniers mois, on fait observer que les pays ne consacrent pas toujours énormément d'argent à l'éducation préscolaire, ce qui fait peut-être perdre de précieuses occasions au niveau de l'apprentissage précoce des enfants.

David Cutler, éminent économiste de Harvard, a récemment écrit pour le National Bureau of Economic Research un document qui m'a beaucoup frappé.

La valeur monétaire du rendement de l'éducation en termes de santé est peut-être de 50 p. 100 du rendement de l'éducation sur le plan du revenu, de sorte que des politiques qui influent sur la réussite scolaire peuvent avoir une incidence profonde sur la santé des populations.

Personne ne songerait à nier l'importance de l'éducation pour le revenu gagné. En l'occurrence, on estime que le rendement de l'éducation en termes de santé est égal à environ la moitié du rendement exprimé en termes de revenu gagné. Il semble bien que l'incidence soit importante.

En conclusion, je crois qu'il est possible d'élaborer un cadre de politiques complet et clair grâce auquel on pourrait s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et aux inégalités en santé.

Le président : Merci beaucoup, docteur Lynch.

Notre témoin suivant est la Dre Jody Heymann, titulaire de la chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde.

[Français]

Dre Jody Heymann, chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde : Monsieur le président, je vous remercie de me donner l'occasion de prendre la parole devant vous aujourd'hui.

The central social determinants of health are poverty and social inequalities. Policies aiming at reducing their incidence will have the greatest effect on the health of Canadians. And among these policies, those that lead to long term sustainable change are programs that deal with improving the quality of work and education.

As you can see and hear, unfortunately, my French is not yet elegant enough to do justice to this great language. So I will continue my presentation in English, but the text is available in both official languages.

[English]

My experience with the social determinants of health runs deep. Over the past decade and a half, first at Harvard University and now at McGill and Harvard, I have led systematic studies involving over 55,000 households globally in order to understand the impact of social conditions on the health of individuals and their families. Among other roles, I have served in an advisory capacity with the World Health Organization, UNESCO, UNICEF, the International Labour Organization and the United States Senate. We have examined public policies in 177 countries around the world. Within Canada, I have had the great pleasure, for five years, to participate in the Population Health Network of the Canadian Institute for Advanced Research before continuing, with relationships built during that time, to edit a volume with leading Canadian researchers on the social determinants of health. I have been in Canada now for the past two years, founding this new institute at McGill on health and social policy. Thank you for inviting me here to testify on ways to move forward on the social determinants of health.

Most nations spend far more time and resources treating illnesses and injuries than addressing the conditions that give rise to poor health. At this stage, Canada is among most nations in that regard. However, Canada has long been a leader in the research on social determinants of health, and it has an opportunity now to become one of the leaders in taking action. It is a great honour to speak with you as you try to launch these efforts.

The case I want to make to you today is that you will be able to make the greatest difference in the health of Canadians if you reduce poverty and inequalities, the central social determinants of health. You have heard a similar message from Dr. Lynch, and because we come from the same university you might think it was a coordinated message. I have also had the pleasure of working with Dr. Frank over the years. If he says something similar, you might think it was coordinated. In fact, we have independently come to these same conclusions.

Les déterminants sociaux de la santé les plus importants sont la pauvreté et les inégalités sociales. Les politiques visant à réduire leur incidence seront celles qui auront le plus grand impact sur la santé des Canadiens. Et parmi ces politiques, celles qui amènent des changements durables sont les programmes qui mettent en œuvre la qualité du travail et de l'éducation.

Comme vous pouvez le constater, mon français n'est malheureusement pas encore assez élégant pour faire justice à cette belle langue. Je dois donc continuer ma présentation en anglais, mais le texte de cette présentation est disponible dans les deux langues officielles.

[Traduction]

J'ai une grande expérience des déterminants sociaux de la santé. Au cours de la dernière décennie et demie, j'ai dirigé des études systématiques, d'abord à l'Université Harvard et maintenant aux Universités Harvard et McGill, sur plus de 55 000 ménages à l'échelle mondiale pour chercher à comprendre l'effet des conditions sociales sur la santé des personnes et celle de leurs familles. J'ai servi notamment à titre consultatif à l'Organisation mondiale de la santé, à l'UNESCO, à l'UNICEF, à l'Organisation internationale du travail et au Sénat des États-Unis. Nous avons examiné les politiques publiques dans 177 pays. Au Canada, j'ai eu le grand plaisir de participer pendant cinq ans au Réseau du Fonds pour la santé de la population de l'Institut canadien de recherches avancées, après quoi j'ai poursuivi mon travail, en tablant sur les relations établies à cette époque, en dirigeant la rédaction d'un volume, de concert avec des chercheurs canadiens de pointe, sur les déterminants sociaux de la santé. Je suis maintenant au Canada depuis deux ans et j'ai fondé un nouvel institut de l'Université McGill sur la santé et la politique sociale. Merci de m'avoir invitée à témoigner sur les façons de progresser dans l'étude des déterminants sociaux de la santé.

La plupart des nations consacrent beaucoup plus de temps et de ressources à traiter des maladies et des traumatismes qu'à s'attaquer aux conditions qui occasionnent la mauvaise santé. À l'heure actuelle, le Canada ressemble à la plupart des pays à cet égard. Cependant, le Canada est depuis longtemps un chef de file dans la recherche sur les déterminants sociaux de la santé et il a maintenant l'occasion de devenir l'un des chefs de file pour ce qui est de passer à l'action. C'est un grand honneur pour moi de m'adresser à vous au moment où vous vous efforcez de lancer des efforts en ce sens.

L'argument principal que je veux faire valoir aujourd'hui, c'est que vous serez en mesure de faire la plus grande différence au niveau de la santé des Canadiens si vous réduisez la pauvreté et les inégalités, qui sont les principaux déterminants sociaux de la santé. Vous avez entendu un message semblable de la part du Dr Lynch et, comme nous venons de la même université, vous penserez peut-être que nous avons coordonné nos interventions. J'ai également eu le plaisir de travailler avec le Dr Frank au fil des années. Si son intervention va dans le même sens, vous penserez peut-être que c'est concerté. En fait, nous en sommes arrivés de manière indépendante aux mêmes conclusions.

I will lay out some of the evidence as to why I think you need to focus on poverty. If you agree that you need to focus on poverty, then there are only three routes that you can work on to lift families, children, individuals and adults out of poverty. Those are: first, improving working conditions and wages; second, improving educational opportunities so people obtain better jobs; and, third, transferring income. Of these, improving the quality of work and education are the only ones to lead to long-term sustainable change for most working-age adults and children around the world.

So why poverty? From my standpoint, having looked at social determinants for a long time, I have a simple answer. People can give you a long list of social determinants and so can I. Many of them operate through poverty and probably nothing is more important as a single determinant than poverty and inequalities. In Canada, adults from the highest-income households are twice as likely to report being in excellent health as adults in the lowest-income households. Those marked health effects of poverty are well-documented in other high-income countries. In the United States, living in federally-designated poverty areas increases mortality 1.7-fold. Even in Finland, with a strong social welfare system — to name one other country — a large nationally representative study found that those in the lowest income group have 1.7 to 2.4 times higher death rates than those in the highest income group.

These disparities are true for a variety of indicators. In fact, there are 31 health and development indicators for children's outcomes in the U.S. and Canada, all of which are worsened by family income level. It is not true for every single health measure you would find, but it is true for the majority.

Poverty acts directly on health; it also mediates other social determinants of health from safe housing to good nutrition.

Given the central impact of poverty on health and welfare, Canada's current profile is deeply troubling. Despite economic growth, little progress since 1989 has occurred in how many families and individuals in Canada live in low income.

There is a good news part of the story, and I think that is what should encourage us about action. Canada has done well when it comes to seniors. Seniors are reduced from 59 per cent in poverty to 8 per cent after taxes and transfers. Compare that to other OECD countries and you find Canada outperforming Australia, Austria, Belgium, Finland, Germany, Ireland, Italy, Norway, the U.K. and the U.S.

Je vais vous présenter des faits qui expliquent pourquoi vous devez à mon avis mettre l'accent sur la pauvreté. Si vous êtes d'accord pour vous attaquer d'abord et avant tout à la pauvreté, je vais montrer qu'il n'existe vraiment que trois voies pour faire sortir les familles et les particuliers de la pauvreté : premièrement, améliorer les conditions de travail et les salaires; deuxièmement, améliorer les possibilités de s'instruire pour que les gens obtiennent de meilleurs emplois; et troisièmement, transférer des revenus. Des trois, l'amélioration de la qualité du travail et de l'éducation sont les seuls qui entraînent un changement durable pour la plupart des adultes en âge de travailler et pour les enfants dans le monde.

Alors pourquoi la pauvreté? De mon point de vue, moi qui ai étudié pendant longtemps les déterminants sociaux, la réponse est simple. Les gens peuvent vous donner une longue liste de déterminants sociaux et je pourrais en faire autant. Beaucoup de ces déterminants débouchent sur la pauvreté et il est probable qu'aucun déterminant n'est aussi important que la pauvreté et l'inégalité. Au Canada, les adultes faisant partie des ménages les mieux nantis sont deux fois plus susceptibles de se déclarer en excellente santé que les adultes qui font partie des ménages à faible revenu. Ces effets marqués de la pauvreté sur la santé sont bien documentés dans d'autres pays à revenu élevé. Aux États-Unis, le fait de vivre dans un secteur désigné par l'administration fédérale « secteur de pauvreté » augmente le risque de mortalité de 1,7 fois. Même en Finlande, où le régime de bien-être social est bien ancré — c'est le seul autre pays que je vais nommer —, une grande étude représentative à l'échelle nationale a révélé que les gens faisant partie du groupe de revenus le plus bas avaient des taux de mortalité de 1,7 à 2,4 fois supérieurs à ceux des personnes qui se situaient dans la tranche des revenus les plus élevés.

Ces écarts sont avérés pour divers indicateurs. En fait, il y a 31 indicateurs de la santé et du développement mesurés aux États-Unis et au Canada et, dans tous les cas, les résultats pour les enfants empirent en suivant la courbe de diminution du revenu familial. Ce n'est pas vrai pour toutes les mesures de la santé que l'on peut trouver, mais c'est vrai dans la majorité des cas.

La pauvreté se répercute directement sur la santé; elle influe aussi indirectement sur d'autres déterminants sociaux de la santé, comme un logement sûr et une bonne alimentation.

Étant donné l'importance centrale de la pauvreté pour la santé et le bien-être, la situation actuelle du Canada est profondément inquiétante. En dépit de la croissance économique, très peu de progrès ont été accomplis depuis 1989 quant au nombre de familles et de particuliers qui vivent avec un faible revenu au Canada.

Il y a toutefois de bonnes nouvelles et je pense que c'est ce qui devrait nous encourager à aller de l'avant. Le Canada a obtenu de bons résultats dans le dossier des personnes âgées. Le taux de pauvreté des personnes âgées a diminué, passant de 59 p. 100 à 8 p. 100 après impôts et transferts. Si l'on compare aux autres pays de l'OCDE, on constate que le Canada a mieux fait que l'Australie, l'Autriche, la Belgique, la Finlande, l'Allemagne, l'Irlande, l'Italie, la Norvège, le Royaume-Uni et les États-Unis.

However, Canada has not done so well when it comes to children. In fact, out of 24 OECD countries, Canada ranks fifteenth below the midline for its rank of children living in low-income households. Moreover, although average incomes of Canadians have increased during the past decades, not only are we not making progress on poverty, but the gap between rich and poor in Canada has continued to widen.

Given that poverty has such a dramatic impact on health, such a central role in mediating other social determinants, and that Canada has not gone as far as it could in addressing poverty in children and in working-age adults, what can we do about it?

That brings me to these three policy areas. I know you are at the earliest stages of your committee work, but I want to give focus to these areas because ultimately, as you move into the next two years, you will have to decide where to focus and where to spend most of your efforts.

The first of those three areas is better jobs. A number of things can be done in terms of better jobs such as ensuring that the minimum wage is a living wage; ensuring that there are decent working conditions and basic benefits available for all Canadians, a high-enough floor for all working Canadians; providing incentives for companies to create career tracks for low-skilled workers. High-skilled workers have them and low-skilled workers rarely do. They need them if they are to exit poverty through work. We could also provide access to training for low-skilled workers and incentives for employers who come to Canada to offer good working conditions, the kind of incentives that bring the best jobs to Canada. All those efforts that can be made in the area of work.

The second major area is education. In particular, we need to address improving educational quality, attainment of skills and completion of educational programs at advanced levels. Particularly important is the percentage of Canadians who complete high school and who go on to complete post-secondary education. This is an area where Canada deserves to have a lot of pride. The best universities in Canada are, by and large, affordable. They are public universities. There have been great efforts made in that area. At the same time, we have to be aware that reductions in government funding leading to relative increases in tuition fees are affecting access to post-secondary education.

Moreover, less on the rise has been adult education. Adult education is the chance for this generation of working adults to exit poverty. It is crucial. About a quarter of Canadians participate in it, but those who need it the most, those with only a

Toutefois, le Canada n'a pas eu autant de succès pour ce qui est des enfants. En fait, des 24 pays de l'OCDE, le Canada se classe au 15^e rang, donc dans la moitié inférieure, quant au taux d'enfants qui vivent dans des familles à faible revenu. De plus, bien que les revenus moyens des Canadiens aient augmenté au cours des dernières décennies, non seulement ne progressons-nous pas au chapitre de la pauvreté, mais l'écart entre les riches et les pauvres au Canada a continué de s'élargir.

Étant donné que la pauvreté a une incidence aussi dramatique sur la santé, joue un rôle tellement central dans d'autres déterminants sociaux, et que le Canada n'a pas progressé autant qu'il aurait pu le faire pour ce qui est de réduire la pauvreté chez les enfants et les adultes en âge de travailler, que pouvons-nous faire pour y remédier?

Cela m'amène aux trois grands domaines de politique. Je sais que vous en êtes aux premières étapes des travaux de votre comité, mais je veux m'attarder à ces trois domaines parce qu'en définitive, au cours des deux prochaines années, il vous faudra décider à quels éléments précis vous voudrez consacrer la plus grande partie de votre attention et de vos efforts.

Le premier de ces trois domaines est celui de l'amélioration de la qualité des emplois. Diverses mesures peuvent être prises pour améliorer les emplois, par exemple s'assurer que le salaire minimum est un salaire viable; s'assurer que des conditions de travail convenables et des avantages de base soient accessibles à tous les Canadiens, c'est-à-dire garantir un minimum suffisant pour tous les Canadiens qui sont au travail; encourager les compagnies à créer des cheminements de carrière pour les travailleurs peu spécialisés. Les travailleurs spécialisés en bénéficient, mais c'est rarement le cas des travailleurs peu spécialisés. C'est pourtant nécessaire si l'on veut qu'ils réussissent à se sortir de la pauvreté en travaillant. Nous pourrions aussi donner accès à la formation aux travailleurs peu spécialisés et encourager les employeurs qui viennent s'installer au Canada à offrir de bonnes conditions de travail, des encouragements de nature à faire venir les meilleurs emplois au Canada. Tous ces efforts peuvent être déployés dans le domaine du travail.

Le deuxième grand domaine est celui de l'éducation. En particulier, nous devons mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité de l'éducation, l'acquisition de compétences et la réussite de programmes d'éducation à des niveaux avancés. Ce qui est particulièrement important, c'est le pourcentage de Canadiens qui terminent leurs études secondaires et qui font des études postsecondaires. Dans ce domaine, le Canada peut être très fier de sa réussite. Les meilleures universités au Canada sont relativement abordables. Ce sont des universités publiques. Beaucoup d'efforts ont été déployés dans ce domaine. En même temps, les réductions des subventions gouvernementales ont fait augmenter les frais de scolarité, ce qui nuit à l'accès aux études supérieures.

En outre, l'éducation des adultes a connu une hausse moins marquée. L'éducation des adultes, c'est l'occasion pour la génération actuelle d'adultes au travail de sortir de la pauvreté. C'est crucial. Environ le quart des Canadiens y participent, mais

high school degree or less, are the least likely to participate right now in high school education, which has a lot to do with cost availability and family responsibilities, another area that can be addressed.

I said there were two main areas, but in fact there is a third, and it lies at the intersection of work and education. You could put it in either one, but it is important because it benefits both. It makes it so that adults who are working can help exit poverty and children who are in poverty have the best chance. It has a multigenerational impact. I am speaking of early childhood care and education. Because it works on both levels, there is probably nothing more important to do than to address increased access to quality early childhood care and education from zero to five years old. The benefits of early childhood programs have been well shown in terms of cognitive outcomes, social outcomes, primary school, secondary school and work outcomes beyond. We know there are vastly too few spaces for children aged zero to five. Quebec is the only province that has made substantial progress in this regard, but, Canada-wide, hundreds of thousands of children who could benefit from it are not currently benefiting.

Having outlined those areas, I want to urge you to think about one thing, which is that in addressing poverty and targeting programs at the poor, such programs should be made universal. I hope I will be able to convince you that it is not paradoxical and that you should support universal programs. In terms of a wage floor or a benefits floor, in terms of offering universal accessibility to children aged zero to five or to adult education, we know that any universal program will disproportionately benefit the poor. They are the ones who have the worst working conditions and who have the least access to education. Universality will benefit them.

Why make programs universal? It is important to note that substantial international research on policies shows that countries with targeted programs for the poor do less well at alleviating poverty. We know why that is. Those programs are less likely to be financed in the long run by governments; they are less sustained; and they tend to be lower quality. I hope you will give a lot of conversation to whether such programs should be universal.

In summary, I urge you to focus on the central social determinant of health, poverty and inequalities. In doing so, the only long-term effective means are through improving work and educational outcomes and their intersection. Second, I urge you to make sure that, while being aware of heightened needs of certain sub-populations, these needs are addressed within the context of universal programs.

ceux qui en ont le plus grand besoin, ceux qui n'ont qu'un diplôme d'études secondaires ou moins sont les moins nombreux à participer à l'heure actuelle à l'éducation permanente, ce qui a beaucoup à voir avec le coût abordable et les responsabilités familiales, autre domaine dans lequel on peut agir.

J'ai dit qu'il y avait deux grands domaines, mais en fait, il y en a un troisième qui se trouve à l'intersection du travail et de l'éducation. On pourrait le placer dans l'une ou l'autre de ces catégories, mais c'est important parce que les avantages se font sentir sur les deux plans. Ainsi, les adultes qui travaillent peuvent se sortir de la pauvreté et les enfants qui vivent dans la pauvreté ont les meilleures chances d'en sortir. L'impact est multigénérationnel. Je veux parler des soins éducatifs à la petite enfance. Comme l'incidence se fait sentir sur les deux plans, il n'y a probablement rien de plus important que de renforcer l'accès à des soins éducatifs à la petite enfance de grande qualité disponibles de zéro à cinq ans. Les avantages des programmes destinés à la petite enfance sont bien documentés en termes de résultats cognitifs et sociaux, de résultats obtenus à l'école primaire et secondaire et ensuite dans le monde du travail. Nous savons que le nombre de places est beaucoup trop limité pour les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans. Le Québec est la seule province qui ait enregistré des progrès sensibles à cet égard, mais dans l'ensemble du Canada, des centaines de milliers d'enfants qui pourraient en bénéficier sont actuellement laissés pour compte.

Ayant exposé tout cela, je vous invite instamment à prendre en considération que, pour lutter contre la pauvreté et élaborer des programmes qui ciblent les pauvres, il faut que les programmes soient universels. J'espère réussir à vous convaincre que ce n'est pas paradoxal et que vous devez appuyer des programmes d'application universelle. En termes de salaire minimum ou d'avantages sociaux minimums, pour ce qui est d'offrir l'accès universel aux enfants âgés de zéro à cinq ans et aux adultes qui veulent suivre des cours, nous savons que tout programme d'application universelle avantage les pauvres de manière disproportionnée. Ce sont eux qui ont les pires conditions de travail et qui ont le moins accès à l'éducation. L'universalité les avantage.

Pourquoi adopter des programmes à accès universel? Il importe de signaler que la recherche internationale sur les politiques a démontré que les pays où les programmes ciblent les pauvres ont des résultats moins intéressants pour ce qui est d'atténuer la pauvreté. Nous avons pourquoi c'est le cas. Ces programmes ont moins de chance d'être financés durablement par les gouvernements; ils sont moins soutenus; et ils sont généralement de qualité moindre. J'espère que vous ferez une bonne place dans vos discussions à la question de savoir si de tels programmes devraient être de portée universelle.

En résumé, je vous exhorte à vous attacher en priorité aux principaux déterminants sociaux de la santé, nommément la pauvreté et l'inégalité. Les seuls moyens efficaces à long terme d'agir dans ce domaine sont l'amélioration du travail et des résultats scolaires et le recoupement des deux. Deuxièmement, je vous exhorte, tout en étant bien conscient des besoins particuliers de certains sous-groupes de la population, à essayer de répondre à ces besoins au moyen de programmes à accès universel.

I understand that the committee's efforts will continue through the remainder of this year and into next year. At the Institute for Health and Social Policy at McGill, we are also actively engaged in a program of how to translate what is known about social determinants of health into effective policies and programs. That is at the core of our mission.

We have undertaken two multi-year initiatives, the findings of which may become relevant to you, so I want to mention them briefly in closing. In the first, we are examining the public policies in countries around the world in the areas of working conditions, education and addressing inequalities in 180 countries. We have selected these areas because we think they are core to social determinants. We will be looking at their impact on health outcomes, on economic outcomes and on other national well-being and success outcomes. Second, we have a multi-year initiative in which we are carrying out case studies of the most effective national and provincial policies which aim to improve working conditions for the worst off, expand educational opportunities and decrease poverty. I would be happy to provide further information on these initiatives to the committee and to learn more about how what we do can be most useful to your efforts to improve the health of Canadians.

Thank you for being committed to addressing the critical ways social conditions shape the health of Canadians.

The Chairman: Thank you very much indeed for that excellent presentation.

We will now hear from Dr. John Frank, the Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research. He is here today representing the Institute of Population and Public Health, so he can be tremendously helpful.

[Translation]

Dr. John Frank, Scientific Director, Canadian Institutes of Health Research, Institute of Population and Public Health: Mr. Chair, I am very pleased to be here to present to you some very important ideas relating to population health, an area I have been interested in for more than 20 years, either as general practitioner, public health doctor, professor, or researcher.

[English]

I will make the rest of my remarks in English but I am happy to take questions in French. I will be able to avoid using all my slides because of the significant degree of overlap and, in fact, convergence amongst us. We decided not to engineer that, as Dr. Heymann said, but rather we thought it valuable for us to think about the most important messages to give you and we converged without much consultation.

Je crois savoir que les travaux du comité se poursuivront tout au long de l'année et même l'année prochaine. À l'Institut de la santé et de la politique sociale de McGill, nous sommes également activement engagés dans un programme visant à traduire ce que nous connaissons en matière de déterminants sociaux de la santé dans des politiques et programmes efficaces. C'est le cœur même de notre mission.

Nous avons entrepris deux initiatives pluriannuelles dont les constatations peuvent vous être utiles et je voudrais donc les mentionner brièvement en terminant. Dans la première, nous examinons les politiques publiques dans 180 pays du monde en ce qui concerne les conditions de travail, l'éducation et la lutte contre les inégalités. Nous avons choisi ces domaines parce que nous croyons qu'ils sont au cœur même des déterminants sociaux. Nous en examinerons l'incidence sur les résultats en matière de santé, sur le plan économique et en termes d'autres résultats de succès et de bien-être national. Deuxièmement, nous avons une initiative pluriannuelle dans laquelle nous effectuons des études de cas des politiques nationales et provinciales les plus efficaces, dans le but d'améliorer les conditions de travail des plus défavorisés, d'élargir les possibilités d'éducation et de réduire la pauvreté et les inégalités. Je me ferai un plaisir de donner plus de renseignements sur ces initiatives au comité et d'en apprendre davantage sur la façon dont ce que nous faisons peut être le plus utile à vos efforts pour améliorer la santé des Canadiens.

Je vous remercie pour votre détermination à vous attaquer aux répercussions importantes des conditions sociales sur la santé des Canadiens.

Le président : Merci beaucoup pour cet excellent exposé.

Nous entendrons maintenant le Dr John Frank, directeur scientifique des Instituts canadiens de recherches en santé. Il témoigne aujourd'hui à titre de représentant de l'Institut de la santé publique et des populations, et il peut donc nous être extraordinairement utile.

[Français]

Dr John Frank, directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé publique et des populations : Monsieur le président, je suis très heureux d'être ici pour vous présenter quelques idées importantes en ce qui a trait à la santé des populations, un domaine auquel je m'intéresse depuis plus de 20 ans, soit à titre d'omnipraticien, de médecin en santé publique, de professeur ou de chercheur.

[Traduction]

Je vais faire le reste de mon exposé en anglais, mais il me fera plaisir de répondre aux questions posées en français. Je serai en mesure d'éviter d'utiliser toutes mes diapositives, à cause du degré important de chevauchement et, en fait, de convergence entre nous. Nous avons décidé de ne pas nous concerter, comme la Dre Heymann l'a dit; il nous a plutôt semblé utile de réfléchir chacun de notre côté aux messages les plus importants à vous transmettre, et il y a eu convergence entre nous trois sans qu'il y ait eu vraiment consultation.

This is a conceptual framework which, although simplistic like all diagrams, I commend to you as a way of thinking about determinants of health as the key set of ideas inside the field called population health, which is developed as much in Canada as anywhere. It simply points out that as we go from womb to tomb, we end up with a set of exposures that affect our biological, genetic and epigenetic endowments. We end up with the health outcomes shown on the upper right. I know, after doing general practice in many different settings around the world for 20 years, most of health care is hard-pressed to get upstream. Dr. Keon was agreeing with us on that earlier. No matter how committed the practitioner, 95 per cent of the patients you see every day have complaints, problems, drugs to review. You will not get much prevention out of that system. However, upstream, the forces you see there conspire to change the exposures inside those families, neighbourhoods, communities, provinces, countries in which we live, and that is changing in a way that policies need to address to get upstream. That is not a new idea, I am sure.

Where do health disparities fit in? There is a somewhat busier version of this graph on the CIHR website. It shows that disparities go back into the page because they are the ways in which patterns of health outcomes are determined differentially by race, ethnicity, by socio-economic status, by geography and, indeed, by gender, to name just a few.

The first message I have is the one that you have already heard. I will use two slides from longitudinal studies that tell us how much early life does matter. We sometimes say that there is such "a long reach" of early life on our health and function. This is the famous 1958 British birth cohort, the work of Chris Power. It simply points out that people at the age of 33 should be in peak health before the decline of middle age sets in. Then you graph the frequency with which they have common problems, the most common of which at that age are mental health. "Self-rated health" is a general questionnaire of how well you rate your health compared to other people your age, but it predicts serious health problems later. This graph also shows the percentage of those who are obese.

You see this strong differential rate, ranging from about 5 per cent for people whose parents' social class was the best, was the highest. This is a U.K. study, so they use the Roman numerals I through V. The people who exhibited the lowest rates of these problems had privileged parents, which is not something that people pick? This has nothing to do with babies but rather with parents. It is the parents' social class that is

Voici un cadre conceptuel qui, bien qu'il soit simpliste comme le sont tous les diagrammes, me semble intéressant parce qu'il présente les déterminants de la santé comme les idées clés dans le domaine appelé la santé des populations, qui fait l'objet de recherches au Canada comme partout ailleurs. Ce diagramme montre simplement que, à mesure que nous cheminons de l'utérus à la tombe, nous sommes exposés à une série de facteurs qui influent sur notre patrimoine biologique, génétique et épigénétique. Nous nous retrouvons avec des résultats pour la santé qui apparaissent dans le coin supérieur droit. Je sais, pour avoir pratiqué la médecine générale dans différents cadres un peu partout dans le monde pendant 20 ans, qu'il est difficile d'aller vers l'amont dans la plus grande partie de l'exercice des soins de santé. Le Dr Keon s'est dit d'accord avec nous là-dessus tout à l'heure. Un praticien a beau être déterminé, 95 p. 100 des patients que l'on voit tous les jours ont des plaintes, des problèmes, des médicaments à réviser. On ne peut pas tirer beaucoup de prévention de ce système. Cependant, en amont, les forces que l'on voit ici conspirent pour changer les éléments auxquels on est exposé dans les familles, les quartiers, les communautés, les provinces, les pays dans lesquels nous vivons, et tout cela change d'une certaine manière les politiques nécessaires pour s'attaquer au problème en amont. Je suis certain que ce n'est pas une idée neuve.

Où se situent les disparités en santé? On peut trouver sur le site web des IRSC une version plus fouillée de ce graphique. Il montre que les inégalités se trouvent plus haut sur la page parce qu'elles sont attribuables au fait que les résultats pour la santé sont déterminés de manière différentielle par la race, l'ethnie, la situation socioéconomique, la géographie et même par le sexe, pour ne nommer que quelques facteurs.

Le premier message que je veux vous transmettre en est un que vous avez déjà entendu. Je vais utiliser deux diapositives tirées d'études longitudinales qui montrent à quel point le début de la vie est important. On dit parfois que le début de la vie a une longue portée et nous rejoint dans notre santé et notre fonctionnement. Nous avons ici la fameuse cohorte de naissances britanniques de 1958, tirée des travaux de Chris Power. Cela illustre simplement qu'à l'âge de 33 ans, les gens devraient être à l'apogée de leur santé, avant le début du déclin de l'âge mûr. Le graphique illustre la fréquence des problèmes les plus courants, le plus répandu à cet âge étant lié à la santé mentale. La « santé autoévaluée » est un questionnaire de portée générale par lequel les gens comparent leur santé à celle d'autres personnes du même âge, mais il permet de prédire de graves problèmes de santé qui surgiront par la suite. Ce graphique montre aussi le pourcentage de gens obèses.

On constate un taux différentiel marqué, à partir d'environ 5 p. 100 pour les gens dont les parents appartenaient à la classe sociale la plus élevée. C'est une étude du Royaume-Uni et l'on utilise donc les chiffres romains de I à V. Les gens qui manifestent les taux les plus bas de ces problèmes avaient des parents privilégiés, et ce n'est pas un facteur que les gens choisissent. Cela n'a rien à avoir avec les bébés, mais plutôt avec les parents. C'est

depicted here. The rates of these adverse health outcomes range from being double to triple. In some of them, there are large absolute differences.

For the rates of mental health problems, largely depression and anxiety sufficient to interfere with function, the differences are quite significant. For women, there is a difference between 1 in 12 women having the problem, to 1 in perhaps 6 having the problem if they come from the most disadvantaged social group.

Of course, I hate to say it, but it is all downhill from there. Age 33 is as good as it gets, really.

This is a very old study. I am sorry about the colour, but there is a middle line that is yellow that sits between the green line at the bottom and the red line. This is very old data, but it is compelling because it is the work of Emmy E. Werner, who followed a lot of children on the island of Kauai. There were socio-economic differences despite the fact she worked in a plantation environment. She showed that when there was a biological impairment in the form of perinatal stressor events, such as partial asphyxia or low Apgar scores, the effect on the developmental quotient — that is on the vertical axis — at 20 months of age was strong. The effect of social class was so strong that children in privileged families were so stimulated by paternal interaction — verbal, being read to, social skills, being stimulated to develop fine motor and gross motor skills — that the perinatal effects were almost completely mitigated. In other words, social class can buffer even relatively major biological disadvantage in early life.

As my colleagues have said, there is no point in talking to you about things we cannot change. Let us zero in on two things we can change, one of which people often say we cannot, which is poverty. I will pick up from where they left off.

The poor are not always with us. Indeed, we make tax and transfer decisions every year in every Western country that massively change post-tax and transfer income distribution. We do so largely for fiscal reasons without much attention to the social and health consequences because health scientists are never involved in Treasury Board discussions. The people who are there come from another discipline that we will not name today.

The second remediable factor is lack of cognitively-stimulating environments. This factor is so important that it has actually been listed at one of the top four causes of suboptimal child development in the entire world. A wonderful series of papers — which Dr. Keon can make sure you get through the staff — was published in *The Lancet* on January 6 of this year. It shows that even at the global level, although you may think that in poor

la classe sociale des parents qui est illustrée ici. Les taux de ces résultats négatifs pour la santé varient du simple au double et même au triple. Dans certains cas, les écarts sont importants en chiffres absolus.

Pour les problèmes de santé mentale, surtout la dépression et un degré d'anxiété suffisant pour nuire au fonctionnement, les différences sont très marquées. Pour les femmes, le taux oscille entre une femme sur douze qui éprouve ce problème à peut-être une femme sur six dans le cas de celles qui viennent du groupe social le plus défavorisé.

Bien sûr, je répugne à le dire, mais tout dégringole à partir de là. En fait, on n'est jamais mieux portant qu'à l'âge de 33 ans.

Ceci est tiré d'une très vieille étude. Je m'excuse pour les couleurs, mais il y a une ligne jaune dans le milieu, entre la ligne verte du bas et la ligne rouge. Ce sont de très vieilles données, mais c'est intéressant parce que ce sont les travaux de Emmy E. Werner, qui a suivi un grand nombre d'enfants dans l'île de Kauai. Il y avait des différences socioéconomiques, en dépit du fait qu'elle travaillait dans un environnement de plantations. Elle a montré que lorsqu'il y a une déficience biologique sous forme de stress périnatal, par exemple l'asphyxie partielle ou un indice d'Apgar faible, l'effet sur le quotient de développement — c'est l'axe vertical — à l'âge de 20 mois est très marqué. L'effet de la classe sociale est tellement marqué et les enfants des familles privilégiées ont été tellement stimulés par l'interaction paternelle — verbale, le fait de se faire faire la lecture, aptitudes sociales, stimulation permettant de développer la motricité fine et la motricité globale — que les facteurs périnataux ont été presque complètement effacés. Autrement dit, la classe sociale peut effacer un désavantage biologique même relativement majeur subi au début de la vie.

Comme mes collègues l'ont dit, il ne sert à rien de vous parler de choses que nous ne pouvons pas changer. Attardons-nous à deux éléments que nous pouvons changer, même si l'on dit souvent que nous ne pouvons rien faire contre l'un des deux, à savoir la pauvreté. Je vais reprendre le fil de leur argumentation.

Les pauvres ne restent pas toujours pauvres. En fait, nous prenons chaque année dans tous les pays occidentaux des décisions en matière de fiscalité et de transferts qui changent massivement la répartition des revenus après impôts et transferts. Nous le faisons essentiellement pour des raisons fiscales sans accorder beaucoup d'attention aux conséquences sociales et pour la santé, parce que les scientifiques de la santé ne participent jamais aux discussions du Conseil du Trésor. Les participants à ces discussions viennent plutôt d'une autre discipline que nous ne nommerons pas aujourd'hui.

Le deuxième facteur auquel on peut remédier est l'absence d'un environnement stimulant sur le plan cognitif. Ce facteur est tellement important qu'il a en fait été inscrit en tête de liste comme l'une des quatre causes principales du développement sous-optimal des enfants dans le monde entier. Une remarquable série de communications — le Dr Keon peut veiller à vous les faire parvenir par l'entremise du personnel — a été publiée

countries there would be big impacts of malnutrition and infection and there are, the number two cause of suboptimal human development is still inadequate cognitive stimulation.

How are we doing on health and equality by socio-economic status in Canada? This is data from Russell Wilkins at Statistics Canada. The red line is life expectancy. This graph sums up the death rates at every age after birth; in other words, life expectancy at birth. The top line represents the wealthiest folks by neighbourhood income, and the bottom line is the poorest women by neighbourhood income. You will notice that the gap has not declined at all over a 25-year period. He will soon publish updated data for the subsequent five years.

In men the gap appears wider. This is a bit of an artifact of how well women's real social class is captured by family income of their neighbourhood. There is some mistaken identification there of women's real social class in my view. However, even where we have a clear picture of it in men, it has not reduced at all. The life expectancy gap in the 25 years under observation here did not change at all.

Of course, as Robin Hood knew, the rich get richer and the poor get poorer. This next graph from Canadian Population Health Initiative report entitled *Improving the Health of Canadians* — and I was privileged to co-chair the advisory board two years ago — simply shows that that is even more true in Canada than one may have thought. Over a 29-year period, the poorest 10 per cent, the second-poorest 10 per cent and the third-poorest 10 per cent did not gain any wealth at all in the period. All of the wealth gained was concentrated in the top few deciles of folks at the beginning of the period.

Maybe you think we cannot do much about that and, indeed, I am not proposing a wealth tax, but income is something we change all the time. However, a recent report from the U.N. Commission on Human Rights — and I can send you the reference for it — basically castigates Canada for having one of the worst records, particularly in respect of child poverty, compared to any country at its level of wealth and any country with its apparent values.

I said "apparent values." Let us pursue that a little bit. We may say that this is a given, the way income growth occurred at different levels of income. In 2004, we reached an unenviable state. This graph shows the average earnings of the richest 10 per cent. We moved away from wealth. Wealth is a little bit harder to deal with. However, the earnings were 82 times that earned by the poorest 10 per cent. In terms of income, we are now the most unequal we have ever been as a society. This data is from a report by Armine Yalnizyan of the Canadian Centre for Policy Alternatives released a few weeks ago, and I commend it to you

le 6 janvier dernier dans *The Lancet*. Ces études montrent que, même au niveau mondial, quoique l'on peut s'attendre à ce que la malnutrition et l'infection aient des conséquences marquées dans les pays pauvres, ce qui est d'ailleurs le cas, la deuxième cause du développement humain sous-optimal demeure toujours une stimulation cognitive insuffisante.

Où nous situons-nous au Canada en matière de santé et d'égalité selon la situation socioéconomique? Nous avons ici des données de Russell Wilkins à Statistique Canada. La ligne rouge est l'espérance de vie. Ce graphique illustre les taux de décès à tous les âges après la naissance; autrement dit, l'espérance de vie à la naissance. La ligne du haut représente les gens les plus riches selon le revenu du quartier où ils habitent, et la ligne du bas les femmes les plus pauvres. Vous remarquerez que l'écart n'a pas diminué du tout sur une période de 25 ans. Il va publier bientôt des données mises à jour pour les cinq années suivantes.

Chez les hommes, l'écart semble plus grand. C'est un peu faussé par le fait que la véritable classe sociale des femmes n'est pas toujours bien saisie par le revenu familial selon le quartier. À mon avis, la véritable classe sociale des femmes n'est pas toujours bien identifiée. Quoi qu'il en soit, même dans le cas des hommes, pour lesquels nous avons un portrait fidèle, l'écart n'a pas diminué du tout. L'écart quant à l'espérance de vie au cours des 25 années de la période observée n'a pas changé du tout.

Bien sûr, comme Robin des Bois le savait, les riches s'enrichissent et les pauvres s'appauvrissent. Le graphique suivant est tiré du rapport de l'Initiative pour la santé de la population canadienne intitulé *Améliorer la santé des Canadiens* — j'ai eu le privilège de coprésider le comité consultatif il y a deux ans — et montre simplement que c'est encore plus vrai au Canada qu'on aurait pu le croire. Sur une période de 29 ans, les plus pauvres, c'est-à-dire les trois déciles les plus pauvres, n'ont pas fait le moindre gain en termes de richesse. L'accroissement de richesse a été concentré en totalité dans les quelques déciles regroupant les gens les plus riches au début de la période.

Vous vous dites peut-être que nous ne pouvons pas y faire grand-chose et, en fait, je ne propose pas un impôt sur la richesse, mais le revenu est un élément que nous changeons constamment. Cependant, un récent rapport de la Commission des droits de la personne de l'ONU — je vous ferai parvenir la référence — dénonce essentiellement le Canada parce qu'il a l'un des pires bilans, surtout pour la pauvreté infantile, en comparaison de tout autre pays ayant le même niveau de richesse et de n'importe quel pays partageant les mêmes valeurs apparentes.

J'ai dit « valeurs apparentes ». Creusons un peu cet aspect. On pourrait dire que c'était inévitable, la manière dont la croissance du revenu a eu lieu à divers niveaux de revenu. En 2004, nous avons atteint une situation peu enviable. Ce graphique montre le revenu moyen des 10 p. 100 les plus riches. Nous nous sommes éloignés de la richesse. La richesse devient un peu plus difficile à atteindre. Cependant, ce revenu était 82 fois plus élevé que celui de la tranche des 10 p. 100 les plus pauvres. Sur le plan des revenus, l'inégalité atteint aujourd'hui un record de tous les temps dans notre société. Ces données sont tirées d'un rapport de

for a very clear and thorough discussion of the wealth and income in Canada and the trends and disparities. The point is that we change after-tax income in profound ways every time we issue a budget.

The next graph has already been depicted by Dr. Lynch, and he commented on it. It is a bit too busy. It points out that without even really trying to, we managed to reduce poverty in seniors from something like 60 per cent of all seniors before taxes and transfers, to a good deal less than 10 per cent of seniors afterwards. It varies with the exact year of the data. That is a wonderful accomplishment, but it is not very deliberate. I admit there were a few moments on Parliament Hill, which some of you may well remember, when some tough seniors confronted various Prime Ministers and others and said, "You better not do us in, because at the polls we are increasingly important group."

Unfortunately, no one was there doing the same for children, or at least the incredibly large and sophisticated lobby of well-intended children's rights people did not have the same effect. As you heard from my colleagues, we are ranked about fifth worst in this graph in terms of how much we reduce poverty in children by the same range of taxes and transfers. We could only get it from around a quarter of children to about a sixth of children, and it has not improved.

There is something missing; there is something wrong. I submit to you that it is about our values. We do not think that the problems of poor children are everybody's problem, but we will think that once we think through the entire lifetime cost of dealing with the consequences that you have already heard about.

It is not as if these issues are not fixable. You have already seen the evidence of on tax and transfers. If other countries like Sweden can get child poverty under 5 per cent, what is wrong with us?

There are indeed new moves afoot, particularly in the province of Ontario, to do something about housing. However, if you count up the total dollars in these initiatives that Ontario announced last week, it is pretty small potatoes. All they plan to build is 1,000 homes with the money they announced, in a province of over 10 million people.

What about cognitive change? Let us have a quick look at something that Fraser Mustard and Margaret McCain made famous in their report a few years ago. We need to have regular monitoring on how we are doing, not only the level of people's human development indices, including literacy, but on the gradient. This is the mean level to show that Canada does pretty well in terms of life expectancy, but not as well as it should, say, compared to the Nordic countries in the upper left corner, Sweden and Norway. The bottom of the graph represents the

Armene Yalnizyan, du Centre canadien de politiques alternatives, qui a été publié il y a quelques semaines et que je vous invite à lire. Vous y trouverez un exposé clair et complet sur la richesse et les revenus au Canada, les tendances et les inégalités. Ce qu'il faut retenir, c'est qu'à chaque fois que nous publions un budget, nous changeons en profondeur les revenus après impôt.

Le graphique suivant a déjà été décrit et commenté par le Dr Lynch. Il est un peu trop chargé. Il montre que même sans avoir vraiment essayé, nous avons réussi à réduire la pauvreté chez les personnes âgées, qui passe d'environ 60 p. 100 de toutes les personnes âgées avant impôts et transferts à beaucoup moins de 10 p. 100 après impôts et transferts. Le taux varie selon l'année précise. C'est une magnifique réussite, mais elle n'est pas très délibérée. Je reconnais qu'il y a eu sur la colline parlementaire des moments forts, dont certains d'entre vous se rappellent peut-être, quand des personnes âgées coriaces ont confronté divers premiers ministres et leur ont dit : « Vous êtes mieux de ne pas nous laisser tomber, parce qu'au moment du scrutin, nous sommes un groupe de plus en plus important. »

Malheureusement, personne n'en a fait autant pour les enfants ou, en tout cas, le lobby extraordinairement nombreux et sophistiqué des défenseurs des enfants bien intentionnés n'a pas eu le même résultat. Comme vous l'avez entendu de la bouche de mes collègues, nous sommes classés dans ce graphique à peu près au cinquième rang des pires pays pour la mesure dans laquelle nous réduisons la pauvreté des enfants au moyen des mêmes impôts et transferts. Nous avons seulement réussi à faire passer ce taux du quart des enfants à environ un sixième des enfants, et la situation ne s'est pas améliorée.

Il y a quelque chose qui manque; il y a quelque chose qui cloche. Je vous invite à considérer que cela tient à nos valeurs. Nous ne croyons pas que le problème des enfants pauvres est le problème de tout le monde, mais nous en serons convaincus une fois que nous aurons réfléchi au coût intégral, sur la vie entière, des conséquences dont on vous a déjà parlé.

Ce n'est pas comme si ces problèmes étaient insolubles. On vous a déjà montré les faits quant aux impôts et aux transferts. Si d'autres pays comme la Suède peuvent ramener la pauvreté infantile à moins de 5 p. 100, pourquoi pas nous?

Il y a en fait un déblocage, surtout dans la province d'Ontario, pour ce qui est d'agir dans le dossier du logement. Cependant, si l'on additionne les montants en dollars de toutes les initiatives annoncées en Ontario la semaine dernière, on arrive à un chiffre plutôt dérisoire. On prévoit bâtir seulement 1 000 logements avec l'argent annoncé, dans une province de plus de dix millions d'habitants.

Et que dire des changements cognitifs? Jetons un bref coup d'oeil à une situation que Fraser Mustard et Margaret McCain ont rendue célèbre dans leur rapport publié il y a quelques années. Nous devons contrôler régulièrement les progrès que nous faisons, non seulement l'indice de développement humain, y compris l'alphabétisation, mais aussi le gradient. Nous avons ici le niveau moyen montrant que le Canada se débrouille assez bien en termes d'espérance de vie, mais pas aussi bien qu'il le devrait, en comparaison par exemple des pays nordiques dans

percentage of people at very low levels of literacy. We have over 40 per cent of people at very low levels of document literacy. They would not be able to read the fine print on a form on the Internet to purchase something through PayPal, for example. You may say that perhaps this is not important, but I would submit that it is indicative of a society that now expects that of you or your rights will not be protected.

Sweden has virtually half that percentage of people at such low levels of document literacy. We need to understand how they achieve that level. We must stop using the excuse that we have the immigrants and they do not. That is really a rotten excuse. Children are children. It can be fixed. We see that this data is strongly correlated with life expectancy; something about societies makes that the case.

The graphs that Fraser Mustard and Margaret McCain put in their report, the *Early Years Study* and the sequel — self-published because the government did not want to draw to the public's attention the failure to actually do enough about that report — highlight the notion that we need to follow not only what is the mean level. Here we have Sweden with a mean level of literacy on an internationally standardized test that is higher, the blue line, but what is the gradient? How much is the slope of the line across the x-axis that represents the parents' level of education? How are the kids' scores on a standardized test in this case of document literacy? We see that our gradient is not bad. It is not much steeper than Sweden's, but they overlap at the top. If you come from a highly educated family in Canada, your scores will be on average the same as the Swedish high socio-economic status family.

If you think about the yellow line, Canada, and the blue line, Sweden, who are we failing? We are not failing anyone who is privileged. They are doing as well as the Swedes. We are failing the people at the bottom, and it is their children we are talking about. We are failing to achieve levels that surely we could achieve.

I think the point that my colleagues made deserves repetition. It is the third point here. Poverty is not the whole story. We need to do better in the area of ending childhood poverty, but I will finish with one or two slides in terms of cognitive stimulation before school.

Ending child poverty would be a significant step and is entirely affordable. In case you did not follow the mathematics in Dr. Lynch's slide about why it is affordable, it is affordable because each year only 1 per cent of the population are babies. In some provinces, the percentage is not even that high. That is why

le coin supérieur gauche, la Suède et la Norvège. Le bas du graphique représente le pourcentage des gens qui se situent aux niveaux les plus bas d'alphabétisation. Nous avons plus de 40 p. 100 des gens qui se trouvent à un niveau très bas de capacité de lecture. Ces gens-là seraient incapables de lire les petits caractères apparaissant sur un formulaire publié sur Internet pour acheter quelque chose au moyen du système PayPal, par exemple. Vous me direz peut-être que ce n'est pas important, mais je soutiens que c'est révélateur d'une société qui attend cela de ses membres, faute de quoi leurs droits ne sont pas protégés.

La Suède a presque la moitié de ce pourcentage des gens aux niveaux les plus bas de la capacité de lecture de textes schématiques. Nous devons comprendre comment les Suédois ont atteint ce niveau. Nous devons cesser d'invoquer comme excuse que nous avons des immigrants et pas eux. C'est vraiment pourri comme excuse. Un enfant, c'est un enfant. Le problème peut être résolu. On peut voir qu'il y a une forte corrélation entre ces données et l'espérance de vie; cela a quelque chose à voir avec la nature des sociétés.

Les graphiques que Fraser Mustard et Margaret McCain ont intégrés dans leur rapport intitulé *Étude sur la petite enfance* et dans le volume qu'ils ont publié ensuite — à compte d'auteur, parce que le gouvernement ne voulait pas attirer l'attention du public sur le fait qu'on n'avait pas fait suffisamment pour donner suite à ce rapport — font ressortir que nous devons suivre non seulement le niveau moyen. Ici, nous avons la Suède dont le niveau moyen d'alphabétisation mesuré d'après la norme internationale est plus élevé, comme l'indique la ligne bleue, mais quel est le gradient? Dans quelle mesure la pente est-elle accentuée en abscisse, qui représente le niveau d'éducation des parents? Quel score obtiennent les enfants à un test standardisé de lecture de textes schématiques? Nous pouvons voir que notre gradient n'est pas mauvais. La pente n'est pas beaucoup plus accentuée que celle de la Suède, mais elles se chevauchent au sommet. Les enfants issus des familles ayant un niveau d'instruction élevé au Canada obtiennent en moyenne les mêmes scores que les familles suédoises ayant une situation socioéconomique élevée.

Si vous suivez la ligne jaune, le Canada, et la ligne bleue, la Suède, qui laissons-nous tomber? Nous ne laissons pas tomber les privilégiés. Ils ont d'aussi bons résultats que les Suédois. Nous laissons tomber les gens qui sont au bas de l'échelle, et plus particulièrement leurs enfants. Nous n'obtenons pas les résultats que nous serions certainement capables d'obtenir.

Je crois que l'argument soulevé par mes collègues mérite d'être répété. C'est le troisième point ici. La pauvreté n'est pas le seul facteur en cause. Nous devons faire mieux pour ce qui est de mettre fin à la pauvreté infantile, mais je vais terminer en présentant une ou deux diapositives sur la stimulation cognitive avant l'école.

Mettre fin à la pauvreté des enfants serait une grande réussite, et c'est tout à fait abordable. Au cas où vous n'auriez pas suivi le calcul mathématique présenté dans la diapo du Dr Lynch expliquant pourquoi c'est abordable, la raison en est que chaque année, les bébés représentent seulement 1 p. 100 de la population.

it is so cheap to end child poverty. It is not like 1952 when the birth rate was three times as high. It is cheap to end child poverty. What is our excuse? The will has to be there.

My last point is about cognitive interventions. Because this material is so widely circulated, I do not need to spend much time on it, but there are some important, almost-apocryphal studies. I want to remind you of a ridiculously small study that we have all seen Dr. Mustard use. It is randomized. It should not have been able to show the effects it did, but it was done in the Black ghettos of Ypsilanti, Michigan, in the early 1960s. They wanted to improve kids' outcomes in school. They gave them a couple of hours several days a week after school of social skills, conversation, fine motor skills, game playing, particularly involving the parents. They "role modeled" for the parents ways to stimulate kids' brains as well as their bodies. They hoped to see big impacts on school success and retention. Those impacts were only evident for a few years, and then the environment around the kids drowned out the effects of the program and nothing was visible after the first half of primary school.

Dr. Lawrence J. Schweinhart would not give up. He kept following people and 27 years later showed enormous differences in favour of the group who had that very modest intervention at ages three and four in that little school, the Perry Preschool. I admit that those changes are not in health outcomes, but they are changes in what I would call citizen success markers, mostly financial. There were some criminological outcomes, which were horrifyingly bad in the control group because it was a ghetto, but they could be expected to predict, as we have already pointed out to you, your health in later life when we all start to become more expensive in Canada to the public purse.

This little study has demonstrated the long reach of intervention. It is not a fatalistic story. Childhood conditions have a long reach. Interventions also have a long reach, but they must include the right elements, such as the parent and cognitive stimulation. They must be of sufficient duration and dose, a couple of years, particularly ages two through four, before kindergarten.

Have you had Dr. Clyde Hertzman speak to you, Dr. Keon?

The Chairman: Not yet. He is coming.

Dr. Frank: The one thing Dr. Hertzman has proven beyond the shadow of a doubt at the Human Early Learning Partnership at the University of British Columbia is that you can very inexpensively measure every kid's readiness to learn when they

Dans certaines provinces, le pourcentage n'est même pas aussi élevé. C'est pourquoi c'est tellement bon marché de mettre fin à la pauvreté des enfants. Ce n'est pas comme en 1952, quand le taux de natalité était trois fois plus élevé. Il ne coûte pas cher de mettre fin à la pauvreté des enfants. Quel est notre excuse? Il faut en avoir la volonté.

Mon dernier point porte sur les interventions cognitives. Comme cette documentation est largement diffusée, je n'ai pas besoin de m'y attarder tellement, mais il y a certaines études importantes qui sont quasi apocryphes. Je tiens à vous rappeler une étude ridiculement limitée que nous avons tous vu le Dr Mustard utiliser. C'est randomisé. L'étude n'aurait pas dû pouvoir montrer les effets qu'elle a effectivement montrés, mais elle a été faite dans le ghetto noir de Ypsilanti, au Michigan, au début des années 1960. On voulait améliorer les résultats scolaires des enfants. On leur a donné deux heures après l'école, plusieurs jours par semaine, pour améliorer les aptitudes sociales, la conversation, la motricité fine, pour faire des jeux de rôle, en particulier en faisant intervenir les parents. Les auteurs ont montré aux parents comment stimuler les cerveaux de leurs enfants aussi bien que leurs corps. Ils espéraient constater un impact important sur la réussite et la persévérance scolaire. Cet impact a seulement été évident pendant quelques années, après quoi l'environnement dans lequel les enfants baignaient a noyé les effets du programme et plus rien n'était visible après la première moitié de l'école primaire.

Dr Lawrence J. Schweinhart a refusé de baisser les bras. Il a continué à suivre les personnes en cause et, 27 ans plus tard, il a pu montrer d'énormes différences en faveur du groupe qui avait bénéficié de cette très modeste intervention à l'âge de trois et quatre ans dans cette petite école, la maternelle Perry. Je reconnais que ces changements ne se situent pas au niveau des résultats en matière de santé, mais ce sont des changements dans ce que j'appellerais les critères de succès du citoyen, surtout sur le plan financier. Il y avait certains résultats criminologiques, qui étaient épouvantablement mauvais dans le groupe témoin parce que c'était dans un ghetto, mais on pouvait s'attendre à ce que ces résultats permettent de prédire, comme nous vous l'avons déjà fait remarquer, l'état de santé plus tard dans la vie, à l'âge où nous commençons tous à coûter plus cher au Trésor public au Canada.

Cette petite étude a fait la preuve de la longue portée de l'intervention. Ce n'est pas une fatalité. La situation vécue dans l'enfance a une longue portée. Les interventions aussi ont une longue portée, mais elles doivent englober les bons éléments, comme la participation des parents et la stimulation cognitive. Elle doit être d'une durée et d'une intensité suffisantes, deux ou trois ans, en particulier à l'âge de deux à quatre ans, avant l'école maternelle.

Est-ce que le Dr Clyde Hertzman a pris la parole devant vous, docteur Keon?

Le président : Pas encore. Il viendra.

Dr Frank : Le Dr Hertzman a prouvé hors de tout doute au Human Early Learning Partnership de l'Université de Colombie-Britannique que l'on peut mesurer à très bon marché la capacité d'apprentissage de chaque enfant au moment où il entre à l'école

enter kindergarten. You just have to get every school board to give you the kindergarten teacher's time to fill in that little form. It makes a difference. He goes all over B.C. He shows them how their kids are doing compared to communities of the same level of income and they say, "Oh, my goodness, we have to do better than that for our kids." We could do this. We could determine how kids are doing when they all come to kindergarten. Of course, that means we have to act earlier. We would do some remedial work. You would want to see school boards' head in that direction. You have to work on the earlier period. You get communities to say, "Yes, look at our record." Dr. Hertzman will give you the full story.

That is the story I came to tell. Early life matters. We can fix at least two bad things, cognitive stimulation and family poverty. We are in a state ourselves of arrested national development because of our failure to follow through on what Canadians hold to be commonly held values but do not act on politically. There are interventions that would make a difference.

The Chairman: Frankly, it has been a real treat. I would like to thank all three of you.

I would raise a couple of points. I notice that none of you talked about maternal health. The last time I heard Fraser Mustard talk, he said that getting to a child after it comes out of the womb is a little too late. You have got to get to the child while it is in the womb, and you have to be sure the mother is healthy. He had some figures. I think he put out another report yesterday, and I am trying to get my hands on it.

He has data showing that not only are kids from an unhealthy mother behind the eight-ball from an intellectual point of view, but they have a higher incidence of cancer, congenital heart disease, you name it. They have a poorer life expectancy and a tremendous bit of morbidity ahead of them. Since none of you commented on that study, I wanted to ask you something that you were not prepared to answer. I would appreciate it if you would have a go at that comment.

Dr. Heymann: When we address poverty, we should not frame it as just child poverty, although I think child poverty does have particularly long impacts. We should be equally worried about adult poverty for two reasons. One, I hope we do not give up on the social determinants of health of people who are already adults. Large among those is adult poverty, and we can do a great deal about adult poverty. There are more adults than there are kids, but we know that work interventions and education interventions will matter for their health and for their kids' health.

maternelle. Il suffit d'obtenir de chaque commission scolaire qu'elle accorde aux enseignants de maternelle le temps voulu pour remplir ce petit formulaire. Cela fait une différence. Il sillonne constamment la Colombie-Britannique. Il montre aux gens où se situent leurs enfants en comparaison d'autres groupes du même niveau de revenu, et les gens disent : « Seigneur, nous devons faire mieux que cela pour nos enfants. » Nous pourrions le faire. Nous pourrions déterminer où se situent les enfants au moment où ils arrivent à l'école maternelle. Bien sûr, cela veut dire que nous devons agir plus précocement. Nous prendrions des mesures de rattrapage. Il faudrait que les commissions scolaires s'orientent dans cette direction. Vous devez travailler à une intervention plus précoce. On se trouve alors face à des collectivités qui disent : « Oui, venez voir notre bilan ». Le Dr Hertzman vous donnera tous les détails.

Voilà donc l'histoire que je suis venu vous raconter. Le début de la vie importe. Nous pouvons résoudre au moins deux problèmes, le manque de stimulation cognitive et la pauvreté familiale. Nous sommes nous-mêmes dans un état de développement national arrêté faute d'avoir mis en pratique des valeurs que les Canadiens tiennent pour acquises, mais auxquelles ils ne donnent pas suite politiquement. Il y a des interventions qui feraient une différence.

Le président : Franchement, ce fut un véritable régal. Je tiens à vous remercier tous les trois.

Je voudrais faire deux ou trois observations. Je remarque qu'aucun d'entre vous n'a parlé de la santé maternelle. La dernière fois que j'ai entendu Fraser Mustard, il a dit que si l'on commence à s'intéresser à un enfant après sa naissance, c'est déjà un peu trop tard. Il faut intervenir quand l'enfant est encore dans le sein de sa mère, et il faut s'assurer que la mère soit en santé. Il avait même des chiffres. Je pense qu'il vient de publier un autre rapport hier et j'essaie de me le procurer.

Il a des données montrant que non seulement les enfants nés d'une mère en mauvaise santé ont du retard du point de vue intellectuel, mais qu'ils ont aussi une plus forte incidence de cancer, de maladies cardiaques congénitales, et cetera. Ces enfants ont une moins bonne espérance de vie et une morbidité très forte qui les attend. Comme aucun d'entre vous n'a commenté cette étude, je voulais vous poser une question à laquelle vous ne vous êtes pas préparés à répondre. Je vous serais reconnaissant de bien vouloir faire une tentative.

Dre Heymann : Quand nous nous penchons sur la pauvreté, nous ne devrions pas nous limiter à la pauvreté des enfants, quoique je pense que la pauvreté infantile a des répercussions particulièrement longues. Nous devrions nous inquiéter tout autant de la pauvreté des adultes, pour deux raisons. Premièrement, j'espère que nous ne renonçons pas à suivre les déterminants sociaux de la santé chez les gens qui sont déjà adultes. L'un des principaux est la pauvreté des adultes et nous pouvons faire beaucoup pour remédier à ce problème. Il y a plus d'adultes que d'enfants, mais nous savons que des interventions au niveau du travail et de l'éducation ont des répercussions sur leur santé et sur la santé de leurs enfants.

That brings me straight to mothers. There is an income gradient in relation to how women get access to prenatal care. There is a gradient on how people do during their pregnancies that is related to income, poverty and inequalities. When we address family health, adult health and the health of mothers, the poverty conditions therein affect overall health.

Should there also be public health interventions to ensure that people are receiving good prenatal care? Absolutely. All three of us have focused on the social determinants, and important public health measures need to be there at the same time. However, if you want to do one thing for mothers, make sure that they, too, are not living in poverty and you will help their pregnancy and help how their kids are faring.

Dr. Frank: One of the other findings of *The Lancet* series of articles on the most remediable causes of poor human development in the world is that there is pretty good evidence that we should be intervening on maternal malnutrition and depression. How to do that well, particularly before pregnancy — and Dr. Keon is right that the current thinking is that this would be optimal — is not simple because, of course, many of the people who are at the highest risk will have babies soonest, unplanned babies, and it is tough to intervene. I do not think we do as good a job as we should do in early high school, because if we wait into middle high school, it is actually a little too late to help people prepare for unplanned parenting. I think we need to think that through, despite the protests of some in the community who will argue that that might increase teenage birth rates. I am less worried about that, actually.

We certainly are not good at providing universal parenting training for people in the age group who need to be prepared. The evidence is not totally in that those kinds of programs make a big difference, but I would argue that when someone is parenting at the age of 17 or 18 and has not even finished high school, almost any program would be better than no program if it contains sound psychological content on helping someone prepare for parenthood. As we all know, the most significant challenge we face in our personal lives is parenting. It is the one job we all find the hardest and the one job we cannot mess up.

Senator Cochrane: It will always be hard.

Dr. Frank: You are right, but it is much harder for people who do not have those personal and material resources.

Dr. Lynch: I think everyone would agree that maternal characteristics are extremely important in terms of the health of babies perinatally, but that importance continues in terms of the

Ce qui m'amène à parler des mères. Il y a un gradient des revenus en rapport avec l'accès des femmes aux soins prénataux. Il y a un gradient de la santé pendant la grossesse qui est lié au revenu, à la pauvreté et à l'inégalité. Quand on se penche sur la santé familiale, la santé des adultes et la santé des mères, l'état de pauvreté influe sur la santé globale.

Devrait-on faire aussi des interventions de santé publique pour s'assurer que les gens reçoivent de bons soins prénataux? Absolument. Nous avons tous les trois mis l'accent sur les déterminants sociaux et il faut pouvoir compter en même temps sur d'importantes mesures de santé publique. Cependant, si vous voulez faire ne serait-ce qu'une seule chose pour les mères, assurez-vous qu'elles non plus ne vivent pas dans la pauvreté et vous les aiderez durant leur grossesse tout en améliorant les perspectives de leurs enfants.

Dr Frank : Une autre conclusion formulée dans cette série d'articles publiés dans *The Lancet* sur les causes les plus remédiables du niveau médiocre de développement humain dans le monde est que tout semble indiquer que nous devrions intervenir au niveau de la malnutrition et de la dépression maternelles. Comment faire cela bien, surtout avant la grossesse — et le Dr Keon a raison de dire que, d'après le discours actuel, ce serait la solution optimale —, ce n'est pas simple parce que, bien sûr, bon nombre de celles qui sont les plus à risque ont des bébés à un plus jeune âge, ce sont souvent des grossesses non planifiées, et il est difficile d'intervenir. Je ne crois pas que nous fassions de l'aussi bon travail que nous le devrions au début de l'école secondaire, parce que si l'on attend au milieu du cours secondaire, il est en fait un peu trop tard pour aider des jeunes qui ne sont pas préparés à assumer une parenté imprévue. Je pense que nous devons réfléchir à tout cela, en dépit des protestations de certains, dans la collectivité, qui soutiennent que cela risquerait d'accroître le taux de grossesse parmi les adolescentes. Cela ne m'inquiète pas tellement, en fait.

Chose certaine, nous ne sommes pas tellement bons pour ce qui est de donner une formation dans l'art d'être parent à toutes les personnes du groupe d'âge qui ont besoin de se préparer. Les données ne démontrent pas encore catégoriquement que les programmes de ce genre font une grande différence, mais je soutiens que pour un jeune de 17 ou 18 ans qui n'a même pas terminé l'école secondaire et qui devient parent, presque n'importe quel programme serait mieux qu'aucun programme du tout, s'il renferme un contenu psychologique solide visant à aider quelqu'un à se préparer à l'art d'être parent. Comme nous le savons tous, élever des enfants est le plus grand défi auquel nous sommes confrontés dans nos vies personnelles. C'est le travail que nous trouvons tous le plus difficile et c'est la tâche que nous pouvons le moins nous permettre de rater.

Le sénateur Cochrane : Ce sera toujours difficile.

Dr Frank : Vous avez raison, mais c'est beaucoup plus difficile pour les gens qui n'ont pas les ressources personnelles et matérielles voulues.

Dr Lynch : Je pense que tout le monde est d'accord pour dire que les caractéristiques maternelles sont extrêmement importantes sur le plan de la santé périnatale des bébés, mais que cette

values, dietary habits and the whole complex of parenting that we transmit both socially and biologically to our kids. Having said that, my interest would be, what is the best buy? If we are trying to improve the health of the children, certainly we need to think about the health of the mothers.

If we had to look at the actual effect on the health of the child, my bet would be that the best buy in terms of the effectiveness of interventions would be postnatally — the conditions in which the child grows and develops — and not prenatally. That does not mean we would ignore the mother. I am not saying that, but I think that the biggest effects are postnatally.

Dr. Heymann: I want to add one other piece of information to the postnatal issue. The age of zero to one is a crucial period. We have talked a lot about the big picture issues, but we have to get the details of the laws right. I want to mention two examples.

Employment Insurance in Canada does not cover millions of Canadians because they are involved in doing contingent work, part-time work. As a result, they do not have paid family leave. This affects, in particular, low-income parents who cannot afford unpaid leave to care for children during that vital first year.

The second example is breastfeeding breaks. Of all the interventions that mothers undertake in terms of children's health, breastfeeding reduces sickness and death three to five fold. This happens in poor countries and in rich countries. Our level of mortality and morbidity starts lower, but breastfeeding still has a dramatic impact on health and on cognitive development. The biggest difference in whether a mother breastfeeds is whether she get maternity leave and breastfeeding breaks. One hundred seven countries around the world guarantee their workers breastfeeding breaks. The United States does not; Canada does not. This could be simply and very cheaply addressed. There are some small, specific interventions, but they are hugely effective.

Senator Fairbairn: I have to say that I am virtually speechless. I have never been in a meeting where I have heard the story of why, in a country like Canada, we have difficult health situations and difficult learning situations. I wish that the three of you could be sent around to speak to every level of government and every political group in this country because what you are saying is the foundation of how we can change a system that is keeping people out of work. It is keeping people in bad health. It is keeping young people from receiving the encouragement they need to learn. It is making certain adults very uneasy about letting people know they do not have the learning skills that are fundamental requirements to raising children and getting a job, all of the things that make for a decent life.

importance se poursuit sur le plan des valeurs, des habitudes de nutrition et de tout le complexe parental que nous transmettons à nos enfants à la fois socialement et biologiquement. Cela dit, la question que je me pose est celle-ci : qu'est-ce qui nous en donne le plus pour notre argent? Si nous essayons d'améliorer la santé des enfants, nous devons certainement réfléchir à la santé des mères.

Si nous devons nous pencher sur l'incidence réelle de la santé de l'enfant, je suis prête à parier que le meilleur ratio coût-efficacité en fait d'interventions se situe au niveau postnatal — les conditions dans lesquelles l'enfant grandit et se développe — et non pas périnatal. Cela ne veut pas dire qu'il faut laisser de côté la mère. Je ne dis pas cela, mais je crois que les conséquences les plus profondes se situent après la naissance.

Dre Heymann : Je veux ajouter un élément d'information sur cette question. L'âge de zéro à un an est une période cruciale. Nous avons beaucoup parlé des grandes questions générales, mais nous devons mettre en place une bonne législation jusque dans les moindres détails. Je vais donner deux exemples.

Des millions de Canadiens ne sont pas protégés par l'assurance-emploi parce qu'ils travaillent à temps partiel ou bien ont des emplois atypiques. En conséquence, ils n'ont pas de congés familiaux payés. Cela touche en particulier les parents à faible revenu qui ne peuvent pas se permettre de prendre des congés non payés pour s'occuper de leurs enfants durant cette première année vitale.

Le deuxième exemple est celui des pauses pour allaitement maternel. De toutes les interventions que les mères peuvent faire relativement à la santé des enfants, l'allaitement maternel réduit de trois à cinq fois l'incidence des maladies et décès. C'est le cas aussi bien dans les pays pauvres que dans les pays riches. Notre niveau de mortalité et de morbidité commence plus bas, mais l'allaitement maternel n'en a pas moins une incidence spectaculaire sur la santé et sur le développement cognitif. Les principaux facteurs qui favorisent l'allaitement maternel, c'est que la mère puisse avoir des congés de maternité et des pauses d'allaitement. Cent sept pays du monde garantissent à leurs travailleuses des pauses d'allaitement. Les États-Unis ne le font pas; le Canada ne le fait pas. Ce problème pourrait être résolu simplement et à très bon marché. Il y a donc de petites interventions pointues qui sont immensément efficaces.

Le sénateur Fairbairn : Je dois dire que je suis quasiment sans voix. Je n'ai jamais assisté à une réunion où j'ai entendu expliquer pourquoi, dans un pays comme le Canada, nous avons des problèmes de santé et des problèmes d'apprentissage. Je voudrais que vous soyez tous les trois envoyés aux quatre coins du pays pour prendre la parole devant tous les gouvernements et tous les groupes politiques, parce que ce que vous dites est la base de ce que nous pouvons faire pour changer un système qui garde les gens au chômage. Il garde les gens en mauvaise santé. Il empêche les jeunes de recevoir les encouragements dont ils ont besoin pour apprendre. Il rend certains adultes très mal à l'aise, les empêchant de faire savoir qu'ils ne possèdent pas les aptitudes qui sont fondamentales pour élever des enfants et trouver un emploi, enfin tout ce qui contribue à une vie convenable.

All of us around this table have been involved in the issue of literacy for a long time. It is probably one of the most frustrating areas to which an individual can commit.

You spoke of Dr. Mustard, who is an icon to those of us who have been involved in these matters. I am glad to hear that he has issued another report, but his report many years ago really became the foundation of the notion of family literacy, how absolutely imperative it is that the very youngest get a head start basically before they are even born.

In your travels to talk to groups and people like ourselves, do you get much in the way of negative response in the sense that what you are saying is so hard to believe it could not be true?

Dr. Frank: I think people mean well. As long as you stay at the level of what should be done, it is a pretty easy conversation, but when you start talking about actual costs and how money would have to be largely raised from taxes in order to be bearable for those at greatest risk, you do run into some backlash.

I was struck by the way in which the Government of Ontario, a couple of governments ago now, dealt with Dr. Mustard and Ms. McCain's first report, the *Early Years Study*. The report was crystal clear about what was needed. It said that we need one centre per neighbourhood where, at no cost, women at highest risk, both in pregnancy and before pregnancy, would feel free to come regularly with their friends and to be with peers who have extra training, as well as a few supervisors with real ECE — early childhood education — training. There would be lots of interaction and zero barriers. If the centre were more than five blocks way on a Canadian winter day and you had a toddler, you would have to forget it.

What did the government do in Ontario? They built centre one per riding, mostly giving out pamphlets, as far as I can tell. What was that all about? It was about looking good and spending nothing. That government had a little ideological problem about spending money, so maybe we should forget it. It is gone. That era is over, but what is our excuse now?

This is not about daycare. Do not get these two things mixed up. Daycare is an important and separate issue that many of you would have a lot more to say about than I. It is a crucial issue and we have dropped the ball on that one, too.

This is about stimulation. This is about getting the brain to reach its optimum potential in the whole of society so that we are internationally competitive.

Nous tous, autour de cette table, avons travaillé pendant longtemps au dossier de l'alphabétisation. C'est probablement l'un des domaines les plus frustrants dans lequel on puisse se lancer.

Vous avez parlé du Dr Mustard, qui est une idole pour ceux d'entre nous qui se sont intéressés à ces questions. Je suis content d'entendre dire qu'il a publié un autre rapport, mais celui qu'il a publié il y a de nombreuses années est vraiment à l'origine de la notion d'alphabétisation familiale et a lancé l'idée qu'il est absolument impératif de donner une longueur d'avance aux enfants dès leur plus jeune âge, en fait avant même leur naissance.

Quand vous prenez la parole devant divers groupes et que vous rencontrez vos homologues, avez-vous des réactions négatives en ce sens que les gens vous disent que c'est tellement difficile à croire que cela ne peut pas être vrai?

Dr Frank : Je pense que les gens sont bien intentionnés. Tant qu'on discute de ce qui doit être fait, la conversation coule facilement, mais dès qu'on se met à parler du coût réel et à rappeler que l'argent nécessaire devra être prélevé essentiellement à même les impôts, pour que le tout demeure abordable pour les personnes les plus à risque, on se heurte effectivement à des réactions négatives.

J'ai été frappé par la manière dont le gouvernement de l'Ontario avait réagi à l'époque au premier rapport du Dr Mustard et de Mme McCain, l'*Étude sur la petite enfance*. Dans ce rapport, on disait très clairement ce qu'il fallait faire. On précisait qu'il fallait dans chaque quartier un centre offrant des services gratuits, où les femmes les plus à risque, autant pendant la grossesse qu'avant même de devenir enceintes, se sentiraient libres de venir régulièrement avec leurs amis pour y rencontrer des femmes dans la même situation qu'elles, mais qui possèdent une certaine formation, ainsi que quelques superviseurs possédant une formation assez poussée dans le domaine de l'éducation des jeunes enfants. Il y aurait beaucoup d'interaction et aucun obstacle. Si le centre était situé à plus de cinq rues de distance, il ne servirait à rien, surtout un jour d'hiver au Canada et pour une femme accompagnée d'un bambin.

Or qu'a fait le gouvernement en Ontario? Il a construit un centre dans chaque circonscription et s'est contenté de distribuer des feuillets d'information, à ma connaissance. Quel était le but recherché? De faire bonne impression sans dépenser un sou. Ce gouvernement-là avait un petit blocage idéologique l'empêchant de dépenser de l'argent et il vaut peut-être mieux l'oublier. Il n'existe plus. Cette époque est disparue, mais quelle excuse avons-nous aujourd'hui?

Je ne parle pas des garderies. N'allez pas mélanger ces deux dossiers. Les garderies constituent un dossier important et distinct et beaucoup d'entre vous en auraient long à dire là-dessus, beaucoup plus que moi. C'est une question cruciale et nous avons gaffé dans ce dossier également.

Je parle plutôt de stimulation. Ce qu'il faut, c'est d'obtenir que le cerveau réalise son plein potentiel dans l'ensemble de la société pour que nous soyons compétitifs internationalement.

Senator Fairbairn: Absolutely, and when we look at your various charts, we note that if it does not get done during the very early ages, then we have a major problem later in that adults are not able to take advantage of available opportunities and live decent lives for themselves and their children. With all of the good things we have in Canada, it is difficult to understand why we are not at the top of the list but well down in the pecking order internationally when it comes to how our adult citizens stand in terms of what they can do well every day of their lives. As I say, it is difficult to understand why we are at 40 per cent in a country like Canada, but it is also real.

Can you give us some advice on promoting what everyone around here believes is fairly obvious? How do we explain, encourage and excite governments to respond in a positive way? We have had ups and downs over the last 20 years, and at the moment we are in a down all across the country. Do you have advice on how we can create the social stimulation required to make this a foundation issue of any government, any Parliament or any group that makes policy decisions and laws throughout this country?

Dr. Heymann: That is a very difficult question to answer, but I will give it a try.

I want to start with your original question of how people react because that is part of the answer to how one gets action. In talking about this issue, my experience is that the public gets it. Wherever I go, people get it. I have talked at forums where folks who are cleaning the room at the beginning stay and listen because they understand that I am talking about their lives. You talk to the bus driver and they understand that this is about their lives. You talk to the professionals in the room who are moderating, and they understand that it is about their lives. Reporters experience it day by day. There is not a problem in getting the information out there so that the general public has an understanding. That is important and is a great asset to us.

The challenge is in thinking about the political reality. It is important to realize that you will have at your fingertips a few different interventions. There are the cheap, easy ones, those with no cost. Let's make them happen. Those have very low barriers. They are not all in place. Ensuring that every woman who works has a right to breastfeed is an important one, and it is inexpensive. It should be straightforward and should happen.

The others are things like early childhood care and education, which you have heard from all of us are really important. Implementing them will require dollars up front, but they will save money in the long run. They will at least pay for a good

Le sénateur Fairbairn : Absolument, et en examinant vos divers graphiques, nous remarquons que si l'on n'intervient pas très précocement, nous avons un grave problème par la suite en ce sens que les adultes ne sont pas en mesure de tirer profit des occasions qui s'offrent à eux et de se ménager une vie convenable pour eux-mêmes et leurs enfants. Compte tenu de tous les bienfaits que nous avons au Canada, c'est difficile de comprendre pourquoi nous ne sommes pas en tête de liste, mais plutôt très loin dans l'ordre hiérarchique des nations quand il s'agit des avantages sur lesquels peuvent compter nos citoyens adultes dans leur vie courante. Je le répète, il est difficile de comprendre pourquoi nous sommes à 40 p. 100 dans un pays comme le Canada, mais c'est pourtant la réalité.

Pouvez-vous nous donner des conseils pour nous aider à convaincre de ce qui nous semble à tous assez évident? Comment pouvons-nous expliquer, encourager et inciter les gouvernements à réagir de manière positive? Nous avons eu des hauts et des bas au cours des 20 dernières années et, à l'heure actuelle, nous sommes dans un creux partout au Canada. Pouvez-vous nous conseiller sur les moyens à prendre pour créer cette stimulation sociale nécessaire, pour que cela devienne un dossier de base pour tout gouvernement, tout Parlement ou tout groupe qui est appelé à prendre des décisions en matière de politiques et de lois partout dans notre pays?

Dre Heymann : C'est une question à laquelle il est difficile de répondre, mais je vais faire une tentative.

Je reviens d'abord à votre question initiale quant à la manière dont les gens réagissent, parce que c'est un élément de la réponse pour faire avancer le dossier. D'après mon expérience, quand nous discutons de cette question, le grand public comprend la situation. Partout où je vais, les gens comprennent. J'ai pris la parole à des tribunes et j'ai parfois remarqué des gens qui, au départ, étaient dans la salle comme employés d'entretien, mais qui sont restés pour écouter parce qu'ils comprenaient que je parlais de leur vie. Quand on en parle aux chauffeurs d'autobus, ils comprennent que cela les touche personnellement. Quand on parle aux professionnels qui sont présents dans la salle à titre de modérateurs, ils comprennent que c'est leur propre vie qui est en cause. Les journalistes en font l'expérience tous les jours. Ce n'est pas un problème de diffuser l'information et d'amener le grand public à comprendre. C'est un point important et c'est un grand atout pour nous.

Le défi est de traduire cela dans la sphère politique. Il est important de vous rendre compte que vous aurez à votre disposition quelques possibilités d'interventions faciles, bon marché ou même gratuites. Faisons-les tout de suite. Les obstacles sont minimes. Les mesures possibles ne sont pas toutes en place. Garantir à toute travailleuse le droit d'allaiter son enfant est une mesure importante et peu coûteuse. Ce devrait être simple et cela doit se faire.

Il y a par ailleurs les soins éducatifs à la petite enfance, dont nous vous avons tous dit la grande importance. Pour mettre cela en oeuvre, il faudra de l'argent au départ, mais ces mesures feront économiser à long terme. Elles s'autofinanceront en grande partie.

portion of themselves. We can debate the exact numbers. It will not cost as much once we start to see the returns, but it will take 10 years or 20 years for the returns to come in.

That is the bigger issue and I would say a couple of things about it. First, Canada has a head start. I am sure it feels like an uphill battle sometimes, but coming from the U.S. context where they truly have yet to embrace these issues, the level of commitment in Canada to public health and public education is an enormous asset because the country will get direct economic returns.

It is quite clear from our global data that part of what needs to be done is to make the case that it will be the only way to economically compete. Most economists will argue that competition will only occur for high income countries like Canada by having the best educated work force. There is no other way to keep salaries and living levels up. That is what early childhood care and education and the interventions that will require dollars are fundamentally about. That is the approach I would recommend, and I can bring out plenty of data to support it. There are many lessons to be learned from countries already investing in it.

Dr. Lynch: When I do presentations such as this one, the groups I talk to feel embarrassed. There is a great mismatch between what we value and what we do. Sometimes they are not even aware that things are this bad. People get emotional and angry. We should be doing better.

Senator Fairbairn: Do they not believe what you tell them?

Dr. Lynch: They do not believe it. When I give these presentations internationally, I find some incredulity in the Nordic countries. They cannot believe that a country like Canada, which is so different from the United States, looks like the United States or more like the United States in the way it treats its youngsters.

Having said that, some of the models that have probably been put forward to you are countries like Sweden and Finland. They treat education very seriously. You must have a master's degree to teach in Finland. They are well paid. Their schools are well funded but locally controlled. They put their money where their mouths are. What do we find? The Nordic countries are extremely competitive. If you look at OECD numbers, Sweden is doing very well in terms of international competitiveness, and part of the reason is the long-term investments they have made.

This will not be a quick fix, but it will be the right investment long-term.

Dr. Frank: When we talk about competitiveness, it is important to be concrete about the fate of people at the left end of the yellow line, people who cannot perform any jobs except direct manual service jobs. We cannot all serve each other \$5 cups

On peut discuter des chiffres exacts. Cela ne coûtera pas aussi cher quand on commencera à en récolter les bénéfices, mais ce ne sera pas avant 10 ans ou 20 ans.

C'est le principal problème et j'ai deux ou trois observations à faire à ce sujet. Premièrement, le Canada a une longueur d'avance. Je suis certaine que vous avez parfois l'impression que c'est une tâche pénible, mais en comparaison du contexte des États-Unis, qui n'ont pas encore vraiment fait de démarrage dans ce domaine, le niveau d'engagement au Canada envers la santé publique et l'éducation est un atout énorme parce que le pays obtiendra des avantages économiques directs.

Il ressort très clairement de nos données mondiales qu'il faut notamment convaincre que c'est le seul moyen d'être compétitifs sur le plan économique. La plupart des économistes soutiennent que le seul moyen d'être compétitifs pour des pays à revenu élevé comme le Canada, c'est d'avoir la main-d'œuvre la plus instruite. Il n'y a pas d'autres moyens de conserver nos salaires et notre niveau de vie élevé. Quand on parle de soins éducatifs à la petite enfance et d'autres interventions qui exigeront de l'argent, voilà de quoi il retourne, fondamentalement. C'est l'approche que je recommande et je peux vous fournir plein de données à l'appui de cet argument. Nous avons beaucoup à apprendre des pays qui investissent déjà dans ce domaine.

Dr Lynch : Quand je fais des exposés devant des groupes comme celui-ci, les gens auxquels je m'adresse se sentent gênés. Il y a un écart énorme entre les valeurs qui nous tiennent à coeur et les gestes que nous posons. Parfois, les gens ne sont même pas conscients que la situation est aussi mauvaise. Ils deviennent émotifs et se mettent en colère. Nous devrions faire mieux.

Le sénateur Fairbairn : Les gens ne croient-ils pas ce que vous leur dites?

Dr Lynch : Ils ne le croient pas. Quand je fais de tels exposés ailleurs dans le monde, je me heurte à une certaine incrédulité dans les pays nordiques. Ils n'arrivent pas à croire qu'un pays comme le Canada, qui est tellement différent des États-Unis, ressemble aux États-Unis ou s'en rapproche dans la manière dont il traite ses enfants et ses adolescents.

Cela dit, on vous a probablement proposé comme modèles des pays comme la Suède et la Finlande. On prend l'éducation très au sérieux dans ces pays. Il faut un diplôme de maîtrise pour enseigner en Finlande. Les enseignants y sont bien payés. Leurs écoles sont bien financées, mais contrôlées localement. Ils ne se contentent pas de paroles, mais n'hésitent pas à dépenser. Que constatons-nous? Les pays nordiques sont extrêmement compétitifs. Voyez les chiffres de l'OCDE : la Suède est très bien placée en termes de compétitivité internationale et c'est en partie grâce aux investissements à long terme que les Suédois ont consenti.

Le problème ne sera pas résolu facilement ni rapidement, mais il faudra investir à bon escient et à long terme.

Dr Frank : Quand on parle de compétitivité, il est important d'être réaliste quant au sort des gens qui se trouvent à l'extrémité gauche de la ligne jaune, ceux qui sont incapables d'occuper des emplois autres que ceux exigeant du travail manuel. Nous ne

of coffee. That is not a viable economy. We do not even grow the stuff. We have to have products and services that the rest of the world wants.

In Sweden, the blue line, they are not carrying all those other people. They are not carrying many people who are functionally document illiterate. We are carrying them and they are not competitive. Every time another car parts plant moves out of Southern Ontario to a country with cheaper labour, there is no work for those people. No one is pumping gas any more in my hometown outside London, Ontario, and that is what those guys used to do.

Let us accept it. There is going to be an impossible clash between our aspirations to be competitive and our approach to flattening that gradient.

Senator Fairbairn: Ironically, I have often said that if there are four adults in Sweden who cannot learn or have not learned, I imagine that their government is trying to find them and teach them. We do not have that same push here in Canada, but what you have said is on our record. Perhaps we, as a committee, can find a way to get your comments around to places where decisions are being made, not necessarily from the ground up, but rather making decisions on the basis of the realities that you have set out tonight. Thank you very much.

Dr. Heymann: I want to make a brief comment about competitiveness. We are putting together a study that will look at all the top-ranked competitive countries in the World Economic Forum and their policies in each of these areas. If that would be useful to you in the future, we would be glad to share it. I think it does have important insights. Some countries are well known, such as Sweden, but other countries that provide these benefits are often less well known. For example, Mexicans, as part of their social security, get childcare with their jobs. It is not just high-income countries that are doing it; it is middle-income countries, and Canada can certainly afford it.

Senator Cochrane: Dr. Frank, I have a question about education. I hope it is at the top of everyone's list, but we are seeing a little problem Alberta in that children are not finishing their high school education because they can get a job in the oil fields making just as much money as if they had a degree.

Senator Fairbairn: Or more.

Senator Cochrane: What should be done there?

Senator Fairbairn: You are absolutely right. In Alberta, something like 35 per cent of people coming into the job market cannot do the kind of reading, writing and productivity that is demanded now.

Senator Cochrane: They are getting jobs in the oil fields making big money.

pouvons pas tous nous servir mutuellement des tasses de café à 5 \$. Ce n'est pas une économie viable. Nous ne cultivons même pas cette denrée. Il nous faut des produits et des services que le reste du monde veut se procurer.

En Suède, qui correspond à la ligne bleue, on ne supporte pas un grand nombre de gens qui sont des illettrés fonctionnels. Nous les supportons et ils ne sont pas compétitifs. Chaque fois qu'une usine de pièces d'automobile quitte le sud de l'Ontario pour s'installer dans un pays où la main-d'oeuvre est moins chère, ces gens-là se retrouvent sans travail. Il n'y a plus un seul pompiste dans ma ville natale près de London, en Ontario, et ce sont des emplois de ce genre que ces gens-là occupaient.

Il faut voir la réalité en face. Il y aura collision entre nos aspirations à la compétitivité et notre approche visant à aplanir ce gradient.

Le sénateur Fairbairn : Ironiquement, j'ai souvent dit que s'il y a quatre adultes en Suède qui n'ont pas appris ou qui sont incapables d'apprendre, j'imagine que leur gouvernement s'efforce de les trouver et de leur enseigner ce qu'il faut. Nous n'avons pas cette même volonté au Canada, mais vos propos sont consignés dans notre compte rendu. Peut-être que nous pourrions trouver le moyen de transmettre votre message là où les décisions sont prises, pas nécessairement à partir de la base, mais plutôt quand vient le temps de prendre des décisions en s'inspirant des réalités que vous nous avez exposées ce soir. Merci beaucoup.

Dre Heymann : Je voudrais faire une brève observation sur la compétitivité. Nous sommes en train de mener une étude sur les pays les plus compétitifs du Forum économique mondial et leurs politiques dans chacun de ces domaines. Si nos travaux pouvaient vous être utiles dans vos futures délibérations, il nous ferait plaisir de vous les faire parvenir. Je pense qu'on y trouve matière à réflexion. Certains pays sont bien connus, notamment la Suède, mais d'autres pays qui offrent de tels avantages sont souvent moins connus. Au Mexique, par exemple, dans le cadre de la sécurité sociale, on offre des garderies en milieu de travail. Ce ne sont pas seulement les pays à revenu élevé qui le font, mais aussi des pays à revenu moyen, et le Canada peut certainement se le permettre.

Le sénateur Cochrane : Docteur Frank, j'ai une question sur l'éducation. J'espère qu'elle figure en tête de liste pour tout le monde, mais nous percevons un petit problème en Alberta, en ce sens que les enfants ne terminent pas leurs études secondaires parce qu'ils peuvent trouver un emploi dans le secteur pétrolier et gagner autant d'argent que s'ils avaient un diplôme.

Le sénateur Fairbairn : Ou même plus.

Le sénateur Cochrane : Que devrait-on faire à ce sujet?

Le sénateur Fairbairn : Vous avez absolument raison. En Alberta, quelque 35 p. 100 des nouveaux arrivants sur le marché du travail sont incapables de répondre aux exigences actuelles en matière de lecture, d'écriture et de productivité.

Le sénateur Cochrane : Ils trouvent des emplois dans le secteur pétrolier et gagnent beaucoup d'argent.

Dr. Frank: I would like Dr. Heymann to comment on the specific policies that have been tried to keep people in school. Some countries actually pay people to stay in school, particularly in apprenticeship situations where they are learning a skilled trade. It is one of our weak spots in Canada. There will be a bust part to the economic cycle. We have had it every time.

Senator Cochrane: That is our worry.

Dr. Frank: When we get to the bust part of the cycle, most people want to go back to school. The issue then becomes whether they can get back to school easily without mortgaging the house. What are the barriers to going back and getting more training? Much of the programming, although improved in community colleges, still consists of a significant barrier for people. I think community colleges in Ontario, at least, are trying very hard to give people an even playing field to get back to school, but we need to make that an easy route. There should be no personal financial sacrifice. Maybe an individual needs to apply for a loan, but under good conditions. We need to make it very easy for people to go back to school to upgrade themselves. I would submit that the system of patchwork quilt institutions in the educational sector of Canada does not have a coordinated approach to optimizing adult education.

Dr. Lynch: I cannot remember the exact figures now, but I think it has been estimated that the current generation of kids will go through six or seven different jobs in their lifetimes; they do not have the idea of being in a job for life. The bust will come. There is pretty good evidence that people who are better prepared through high school actually find those lifelong learning routines easier to do. We need to think about the development of human capital over the life course, and that means the ability to go back to school and to retrain so as to have those opportunities. That is what the modern economy will be built upon.

The Chairman: Our next questioner is Senator Callbeck, who has a very interesting dimension to offer this committee because she was the premier of our smallest province for a number of years and can be quite a pragmatist when it comes to implementation, compared to the Premier of Ontario.

Senator Callbeck: I can tell you that implementation is difficult. We tried introducing policies according to the determinants of health. Some were successful and some were not. We opened a clinic in Sherwood, which is a part of Charlottetown. That is still a going concern. It is very well used and was a great experiment. However, I think that it takes a long while to change people's opinions. Most people look at the health system in terms of the more doctors you have and the more hospital beds. That is the way they determine the health system. In order to do these other things, you need dollars, and that takes away from the number of hospital beds and doctors.

Dr. Frank : J'inviterai la Dre Heymann à commenter les politiques précises qui ont été mises à l'essai pour réduire le décrochage scolaire. Dans certains pays, on va jusqu'à payer les gens pour rester à l'école, surtout dans des programmes d'apprentissage de métiers spécialisés. C'est l'un de nos points faibles au Canada. Il y aura un creux dans le cycle économique. Cela ne rate jamais.

Le sénateur Cochrane : C'est ce qui nous inquiète.

Dr. Frank : Quand l'économie est dans le marasme, la plupart des gens veulent retourner à l'école. La question est alors de savoir s'ils peuvent le faire facilement, sans hypothéquer leur maison. Quels sont les obstacles qui les empêchent de retourner aux études et d'acquérir une formation plus poussée? Le programme d'études, bien qu'il ait été amélioré dans les collèges communautaires, rebute encore beaucoup de gens. Je pense qu'en Ontario, tout au moins, les collèges communautaires font de grands efforts pour faciliter le retour à l'école, mais nous devons en faire encore plus. Il ne devrait y avoir aucun sacrifice financier personnel. Peut-être un candidat devra-t-il demander un prêt, mais dans de bonnes conditions. Nous devons faire en sorte qu'il soit très facile pour les gens de retourner à l'école pour se perfectionner. Je soutiens que le secteur de l'éducation au Canada est une mosaïque d'établissements divers et qu'il n'y a pas de coordination permettant d'optimiser l'éducation des adultes.

Dr. Lynch : Je ne me rappelle pas du chiffre précis, mais je pense qu'on a estimé que les enfants d'aujourd'hui vont occuper six ou sept emplois différents durant leur vie; leur objectif n'est pas de conserver le même emploi toute leur vie. Le creux de la vague viendra. Tout indique que les gens qui sont mieux préparés grâce aux études secondaires trouvent plus facile d'appliquer par la suite cette maxime de l'apprentissage tout au long de la vie. Nous devons réfléchir au développement du capital humain tout au long de la vie, et cela veut dire avoir la possibilité de retourner à l'école et de se recycler afin de pouvoir profiter des possibilités qui s'offrent. Telles seront les bases de l'économie moderne.

Le président : La prochaine intervenante est le sénateur Callbeck, qui a une perspective intéressante à offrir au comité, parce qu'elle a été première ministre de notre province la plus petite pendant un certain nombre d'années et qu'elle est capable d'un grand pragmatisme au chapitre de la mise en oeuvre, en comparaison du premier ministre de l'Ontario.

Le sénateur Callbeck : Je peux vous dire que la mise en oeuvre est difficile. Nous avons essayé d'établir des politiques en fonction des déterminants de la santé. Certaines ont été couronnées de succès, d'autres pas. Nous avons ouvert une clinique à Sherwood, qui fait partie de Charlottetown. Elle est encore ouverte, elle a une nombreuse clientèle et c'est une expérience réussie. Cependant, je pense qu'il faut beaucoup de temps pour amener les gens à changer d'opinion. Aux yeux de la plupart des gens, la qualité du système de soins de santé se mesure en nombre de médecins et de lits d'hôpitaux. Mais pour prendre les mesures dont on parle, il faut de l'argent et cela réduit d'autant le nombre de lits d'hôpitaux et de médecins.

Dr. Heymann, you mentioned two initiatives. One was in relation to looking at other countries, and the other was that you are looking at case studies of national and provincial policies, national and local programs. How long have you been doing that and what exactly are you studying?

Dr. Heymann: We are in the earliest stages of a new initiative, which I will tell you about in a second, and one that has been going on for a while. The part that is looking at working conditions has been going on for quite a while. We looked at labour because we think it is a central route out of poverty. A few people marry out of poverty, but not many. People tend to marry in their same income level. Even fewer get lottery tickets and are able to get out, but the most common way to get out of poverty is through better jobs and work. We have spent a lot of time studying that.

We have been evaluating national policies for several years, looking at 177 countries on the public sector side. On the private sector side, for about three years now we have looked at companies around the world that are improving the conditions of their lowest skilled workers while succeeding economically. We are doing that for two reasons. One, we think the solution will be private sector as well as public sector, but two, we think it is important for making the case. Labour conditions must be improved, including legislation that says you need to raise wages to make sure people can have paid family leave or sick days. We have to convince business leaders that they can afford to do this and still succeed. We have undertaken this initiative both because of what it teaches us about the private sector but also because of how it helps make the case for public sector change.

That piece is ongoing, but in September of this year we started a new study. It is a five-year program that will give us the results on work and education within two years. We are reviewing the most successful cases of improving labour conditions. Our focus this year will be on the working poor. Next year the focus will be on educational inequalities, the goal being to improve educational outcomes.

Senator Callbeck: Are you looking at cases in every province?

Dr. Heymann: I wish I could tell you we had enough financial resources to look in every province. It is a fellowship program as well, and we have so many people applying and eager to work with us that with more resources we could readily look at every province. Right now we try to systematically look at which provinces seem to be making the best progress and which ones have particularly unique or interesting programs.

Docteur Heymann, vous avez mentionné deux initiatives. La première consistait à examiner ce qu'on fait dans d'autres pays, et l'autre était que vous faites actuellement des études de cas portant sur les politiques nationales et provinciales, les programmes nationaux et locaux. Depuis combien de temps le faites-vous et qu'étudiez-vous exactement?

Dre Heymann : Nous en sommes aux premières étapes d'une nouvelle initiative dont je vais vous entretenir dans un instant et qui se poursuit depuis un certain temps. La partie de l'étude qui consiste à examiner les conditions de travail se poursuit depuis très longtemps. Nous nous sommes penchés sur le travail parce que nous croyons que c'est une voie centrale pour sortir de la pauvreté. Certaines personnes sortent de la pauvreté grâce au mariage, mais elles sont peu nombreuses. Les gens ont plutôt tendance à épouser des conjoints issus de leur même niveau de revenu. Encore plus rares sont les gagnants à la loterie qui réussissent à s'en sortir, mais la manière la plus courante de sortir de la pauvreté, c'est d'avoir un meilleur emploi et de travailler. Nous avons passé beaucoup de temps à étudier cet aspect.

Nous évaluons les politiques nationales depuis plusieurs années et nous avons étudié le secteur public dans 177 pays. Pour le secteur privé, depuis maintenant trois ans environ, nous examinons des compagnies partout dans le monde qui améliorent les conditions de travail de leurs travailleurs les moins qualifiés tout en réussissant sur le plan économique. Nous faisons cela pour deux raisons. Premièrement, nous pensons que la solution mettra en cause le secteur privé aussi bien que le secteur public, mais deuxièmement, nous trouvons que c'est important pour étayer notre argumentation. Les conditions de travail doivent être améliorées et il faut notamment légiférer pour augmenter les salaires et s'assurer que les travailleurs aient des congés familiaux ou de maladie payés. Nous devons convaincre les dirigeants du monde des affaires qu'ils peuvent se le permettre tout en ayant du succès. Nous avons lancé cette initiative à la fois pour mieux connaître le secteur privé et pour renforcer notre argumentation en faveur d'un changement du secteur public.

Cette étude se poursuit, mais en septembre dernier, nous avons lancé une nouvelle étude. C'est un programme de cinq ans qui nous donnera des résultats sur le travail et l'éducation d'ici deux ans. Nous examinons les exemples les plus réussis d'amélioration des conditions de travail. Cette année, nous mettons l'accent sur les travailleurs pauvres. L'année prochaine, nous étudierons les inégalités en matière d'éducation, l'objectif étant d'améliorer les résultats en éducation.

Le sénateur Callbeck : Étudiez-vous des cas dans toutes les provinces?

Dre Heymann : J'aimerais pouvoir vous dire que nous avons suffisamment d'argent pour mener des études dans toutes les provinces. C'est aussi un programme de bourses et nous avons tellement de demandes et de gens désireux de travailler avec nous que, si nous avions davantage de ressources, nous pourrions facilement étudier toutes les provinces. Actuellement, nous essayons d'examiner systématiquement quelles provinces semblent réaliser les meilleurs progrès et lesquelles ont des programmes particulièrement intéressants.

We are also conducting these studies globally because we think it is crucial for understanding competitiveness. We have done them in every region in the world, but I would welcome input about particularly interesting policies and programs that should be evaluated in different provinces. If we were to get more resources, we could certainly expand the number of approaches.

[Translation]

Senator P  pin: I have read carefully your briefs. You underline the fact that education, employment and housing are important factors. In looking at all these various factors, I notice that education is provincial jurisdiction, but that social determinants involve different levels of government, various departments. The same remark applies to taxation levels.

How could the federal and provincial governments work together to develop a policy? What government structures are necessary to deal with social determinants? Could you make some suggestions to us?

Both levels of government must be able to work together, but how do you see such an approach? You can answer in English if you want.

[English]

Dr. Frank: That is a great question. I know you had Monique Bégin here. I think you should ask her to come back and talk to you about what the educational equivalent would be for the Canada Health Act. The Canada Health Act is a work of genius because it uses federal dollars to leverage certain standards and it basically costs the provinces very heavily not to maintain the standards that we all know.

The electorate has shown repeatedly that no politician had better touch it. You could do the same with education. You would want to do it with both basic and adult education. Transfer payments are probably not what they once were. I assume they are much smaller now, but if they are still there you have a lever. It is not that you are telling people what to do. It is that if the provinces want full payments, they have to come up to international standards. There are certain standards. For example, there must be policies in place to encourage high school completion and to provide certain skills for those that are not academic. There must be low access barriers or no barriers to returning to school, particularly for skilled trades that are in demand. I mean, it is a federation, is it not?

Senator P  pin: Yes.

Dr. Heymann: Without a doubt, you have put your finger on one of the most crucial areas, which is that these are all social policies. Social policies are carried by provinces as well as the federal government.

Nous menons aussi ces   tudes à l'échelle mondiale parce que nous croyons que c'est crucial pour comprendre la compétitivité. Nous en avons fait dans toutes les régions du monde, mais je suis toujours prête à entendre parler de politiques et programmes particulièrement intéressants qui pourraient être évalués dans les diverses provinces. Si nous avions plus de ressources, nous pourrions certainement élargir notre éventail d'activités.

[Français]

Le sénateur Pépin : J'ai lu attentivement vos documents. Vous soulignez le fait que l'éducation, l'emploi et le logement sont des éléments importants. Lorsque qu'on regarde tous ces éléments, on remarque que l'éducation relève des provinces mais que les déterminants sociaux impliquent, quant à eux, différents paliers de gouvernement, différents ministères. C'est la même chose en ce qui concerne les taux d'imposition.

Comment les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral peuvent-ils travailler conjointement, conjuguer leurs efforts pour élaborer une politique? Quelles structures gouvernementales sont nécessaires pour arriver avec des déterminants sociaux? Pourriez-vous nous suggérer des solutions?

Il faut que les deux gouvernements puissent travailler conjointement, mais comment entrevoyez-vous cette approche? Vous pouvez répondre en anglais sans problème.

[Traduction]

Dr Frank : C'est une excellente question. Je sais que vous avez entendu Monique Bégin. Je pense que vous devriez lui demander de revenir pour vous parler de ce qui serait l'équivalent de la Loi canadienne sur la santé dans le domaine de l'  ducation. La Loi canadienne sur la santé est une trouvaille géniale parce qu'elle utilise l'argent fédéral pour établir certaines normes et qu'il en coûte très cher aux provinces de ne pas maintenir les normes que nous connaissons tous.

L'électorat a indiqué à maintes reprises qu'aucun politicien ne peut se permettre d'y toucher. Vous pourriez en faire autant pour l'  ducation. Il faudrait le faire à la fois pour l'éducation de base et celle des adultes. Les paiements de transfert ne sont probablement plus ce qu'ils étaient. Je suppose qu'ils sont aujourd'hui beaucoup plus limités, mais s'ils existent encore, vous avez un levier. Ce n'est pas comme si vous disiez aux gens ce qu'ils doivent faire. C'est seulement que si les provinces veulent toucher intégralement leurs paiements, elles doivent respecter les normes internationales. Il existe des normes. Par exemple, il doit y avoir en place des politiques visant à encourager l'achèvement des études secondaires et l'acquisition de certaines compétences pour ceux qui n'ont pas d'aptitudes scolaires. Il faut amoindrir ou éliminer les obstacles au retour à l'  cole, en particulier pour les métiers spécialisés qui sont en demande. Enfin, nous sommes une fédération, n'est-ce pas?

Le sénateur Pépin : Oui.

Dre Heymann : Sans aucun doute, vous avez mis le doigt sur l'un des domaines les plus cruciaux, à savoir que ce sont toutes des politiques sociales. Les politiques sociales sont appliquées par les provinces aussi bien que par le gouvernement fédéral.

I want to mention a couple roles in addition to transfers. There are a variety of ways to do transfers. You are more expert than I am in terms of specifics, but beyond the current health care system, a series of other social transfers exist that are sometimes targeted social transfers. They are not targeted by the population they hit in the way I was talking about before, but targeted in terms of programs. That is an important mechanism. However, there is another mechanism that we should not forget, which is the federal government's role in terms of monitoring, evaluating and highlighting what is going on in the different provinces. It is in the national interest that all provinces come up to a certain standard for the whole population. It is not likely that the provinces who are doing less well are going to highlight this themselves. That is true in any country. However, there is a potential federal role in monitoring what is happening and making information public about the relative successes and gaps in different provinces.

We have the social transfer mechanism, the direct program mechanism, the monitoring mechanism, and then we have pilot programs. Funding is required so that successful examples can then be imitated in other provinces under provincial jurisdiction.

[Translation]

Senator Pépin: I have another question in a completely different area. Dr. Frank talked about care for pregnant women and postnatal care. I must admit that I am surprised. I did not know that there was an impact for pregnant women or for women after birth if they were living at a certain poverty level, but I did not think that this was true from the moment women got pregnant.

[English]

Dr. Frank: There are a few different issues here. One thing that will probably not make a difference is more access to medical care in pregnancy. Good studies have shown in Canada that we achieve good enough levels of medical care in the sense of doing what medical care can do. There is the traditional one-on-one care, doctor-mom, pregnant mom medical care with no midwife and not much time for counselling, sitting down to talk and get people ready to breastfeed and parent. It is all about bio-medical risk factor detection and management. It is important, and we probably do that, but moms from a disadvantaged background may have subclinical or clinical depression and other problems. Treatment takes a lot more than some doctor spending 10 minutes of time every month for six or eight visits. This is all about a big approach.

I think you would want to look at "la maternelle" in France. I have not seen the actual documents and perhaps they are not widely available, but I am told "la maternelle" was started in France to improve perinatal outcomes. I am also told that it is one of the few really clear demonstrations in the world, even in countries at an advanced stage of

Je voudrais mentionner deux autres rôles, en plus des transferts. Il y a divers moyens d'opérer les transferts. Vous connaissez les détails mieux que moi, mais en plus de l'actuel transfert pour les soins de santé, il y a toute une série d'autres transferts sociaux qui sont parfois ciblés. Ils ne ciblent pas des groupes précis de la population comme ce dont je parlais tout à l'heure, mais des programmes particuliers. C'est un mécanisme important. Il y a toutefois un autre mécanisme que nous ne devrions pas oublier, à savoir le rôle du gouvernement fédéral pour ce qui est de contrôler, d'évaluer et de faire valoir les mesures prises dans les différentes provinces. Il est dans l'intérêt national que toutes les provinces s'alignent sur une norme plus élevée pour l'ensemble de la population. Il est improbable que les provinces qui font moins bien le fassent remarquer elles-mêmes. C'est le cas dans n'importe quel pays. Cependant, il y a un rôle fédéral potentiel pour ce qui est de contrôler ce qui se fait et de diffuser publiquement les renseignements sur les succès relatifs et les lacunes des différentes provinces.

Nous avons le mécanisme des transferts sociaux, le mécanisme des programmes directs, le mécanisme de contrôle, et puis nous avons des programmes pilotes. Il faut injecter de l'argent pour que les modèles couronnés de succès puissent être imités dans d'autres provinces dans le cadre des compétences provinciales.

[Français]

Le sénateur Pépin : J'ai une autre question qui n'est pas du tout du même domaine. Le docteur Frank a parlé des soins aux femmes enceintes et des soins postnatals. Je dois avouer que je suis étonnée. J'ignorais qu'il y avait un impact pour des femmes enceintes ou pour celles des soins postnatals, si elles vivent à un certain niveau de pauvreté, mais je ne pensais pas que cela commençait au moment où les femmes étaient enceintes.

[Traduction]

Dr Frank : Vous avez abordé plusieurs points différents. Le fait d'avoir davantage accès à des soins médicaux pendant la grossesse ne fera probablement aucune différence. De bonnes études ont montré au Canada que nous dispensons des soins médicaux à un niveau suffisant dans le sens strictement médical du terme. Ce sont les soins traditionnels dispensés en tête à tête, du médecin à la mère, du médecin à la femme enceinte, il n'y a pas de sage-femme et pas beaucoup de temps pour faire du counselling, pour préparer les femmes à allaiter et les gens à être de bons parents. Tout est axé sur la détection et la gestion des facteurs de risque sur le plan biomédical. C'est important et nous le faisons probablement bien, mais les mères issues de milieux défavorisés peuvent souffrir de dépression clinique ou subclinique et d'autres problèmes. Pour les traiter, il faut beaucoup plus qu'un médecin qui voit la patiente pendant 10 minutes chaque mois pendant six ou huit mois. Il faut une approche plus globalisante.

Je pense que vous auriez intérêt à examiner ce qu'on appelle « la maternelle » en France. Je n'ai pas pris connaissance des documents comme tels et peut-être ne sont-ils pas facilement accessibles, mais on me dit que « la maternelle » est un programme qui a été lancé en France pour améliorer les résultats périnataux. On me dit également que c'est l'une des

socio-economic development, of a concerted effort to provide a wide range of supports for pregnant women universally. Universality can shift birth outcomes. We are not serious about it here in Canada. We would have better outcomes if we were serious about it.

Dr. Lynch: I would only add that it is not just mothers affecting their children but grandmothers as well. There is evidence across multiple generations of deprivation that grandmothers affect their grandchildren via maternal transmissions. You can imagine situations where the grandmother is smoking while her daughter is pregnant. That affects the growth and development of the mother and that affects her ability to carry her own child. Those links have been demonstrated many times, so the situation is even more complicated.

Senator Pépin: I have question regarding breastfeeding. I do agree when you say that we should have a law that says women should be able to breastfeed and have a break.

[Translation]

It has decreased. Now less women are breastfeeding. This means that we must pass a law to this effect, and I quite agree with this. However, how long would they be breastfeeding? What are we to do if they must return to work?

[English]

Dr. Heymann: The notion behind having a basic right to breastfeed while you are working is that people can do it once they go back to work. In terms of duration, you will see a lot of different recommendations, but nine months, 12 months of breastfeeding will still show marked benefits to kids less than six months of age.

These are benefits are outlined in ongoing studies. There are literally scores of studies on this subject. Every time a study is repeated, the benefits are still there in the context of advanced affluent economies and health care. There are protective effects in terms of decreasing deaths from diarrhea and illnesses such as pneumonia. There are some very good, recent randomized studies. They did not randomize breastfeeding, which of course they could not do, but they randomized conditions that supported breastfeeding leading to significant improvements in cognitive outcomes and measurable differences in IQ scores. We know that the benefits of breastfeeding remain strong. The research evidence is also very good that women can breastfeed while they are working, the question being whether their working conditions allow them to do so. That is why that piece of the law is so important. Also, they can breastfeed prior to returning to work if they are able to have paid maternity leave or paid parental leave. It is essential to fix Employment Insurance to make sure that everyone really has those benefits.

rares démonstrations vraiment convaincantes qu'on ait faites dans le monde, même dans des pays qui sont à un stade avancé de développement socioéconomique, d'un effort concerté pour donner à toutes les femmes enceintes un vaste éventail de soutien. L'universalité peut infléchir les résultats à la naissance. Nous ne prenons pas cela au sérieux au Canada. Nous aurions de meilleurs résultats si nous étions sérieux dans nos efforts.

Dr Lynch : J'ajoute seulement que ce ne sont pas seulement les mères qui influent sur leurs enfants, mais les grands-mères également. Nous avons acquis la preuve sur de multiples générations de privations que les grands-mères influent sur leurs petits-enfants au moyen de la transmission maternelle. On peut imaginer des cas où la grand-mère fume pendant que sa fille est enceinte. Cela influe sur la croissance et le développement de la mère et nuit à sa capacité de porter son enfant. Ces liens ont été démontrés à maintes reprises et la situation est donc encore plus compliquée.

Le sénateur Pépin : J'ai une question au sujet de l'allaitement maternel. Je suis d'accord quand vous dites que nous devrions avoir une loi stipulant que les femmes ont droit à une pause pour allaiter.

[Français]

Cela a diminué. Maintenant moins de femmes allaitent leurs enfants. Cela veut dire que s'il faut adopter une loi — je suis tout à fait d'accord — elles allaiteraient jusqu'à quel âge? Que faire si elles doivent retourner au travail?

[Traduction]

Dre Heymann : Le droit fondamental d'allaiter au travail permet aux mères de continuer l'allaitement maternel après le retour au travail. Quant à la durée, il existe de nombreuses recommandations différentes, mais neuf mois, 12 mois d'allaitement maternel suffisent pour entraîner des avantages marqués chez des enfants de moins de six ans.

Ces avantages apparaissent dans des études en cours. Il y a littéralement des dizaines d'études sur la question. Chaque nouvelle étude montre que les avantages subsistent même dans le contexte d'économies riches et de régimes de santé avancés. Il y a un effet protecteur qui diminue le taux de décès causés par la diarrhée et des maladies comme la pneumonie. Il y a d'excellentes études randomisées effectuées récemment. On n'a pas demandé aux mères d'allaiter de façon aléatoire, ce qui est évidemment impossible, mais on a randomisé les conditions permettant l'allaitement maternel et débouchant sur des améliorations marquées au chapitre des résultats cognitifs et des différences mesurables au niveau du QI. Nous savons que les avantages de l'allaitement maternel demeurent marqués. La recherche montre aussi de manière convaincante que les femmes peuvent allaiter tout en travaillant, la question étant de savoir si leurs conditions de travail le leur permettent. C'est pourquoi cette loi est tellement importante. De plus, les femmes peuvent allaiter avant de retourner au travail si elles peuvent prendre un congé de maternité ou parental payé. Il faut absolument modifier le régime d'assurance-emploi pour que ces avantages soient étendus à tout le monde.

[Translation]

Senator Pépin: At the present time, the majority of women who are breastfeeding are on maternity leave because we do not have a labour law to this effect, unless employers who are very compassionate allow them to do so. In Montreal, there are a few daycare centres in workplaces. There are not many of them, but we do have a few. I quite agree that we should introduce such a legislation. It would allow disadvantaged women who need to return to work quickly to breastfeed their kids, which they cannot do presently.

[English]

Senator Fairbairn: In listening to you and the questions and answers about how we could get things going, I have a few thoughts.

For some time now, almost 10 years, there has been a painful effort, but a good one, between the federal and provincial governments to establish a federal-provincial job training agreement, workplace training agreement. It now exists. Presumably it came about with people behind the scenes taking a look at the changes in our society. Jobs very quickly had turned into something different. In order to lift up all of those who were already in the work force, let alone those who were coming into it without particular skills, the federal government and the provinces negotiated this agreement, and it works. The other side of the coin is that there is a vacuum of sorts in that the people who need to learn and who have low literacy levels are staggering through life in a very different world than the one they started out in because of technology.

There was a large, high-level national meeting in Toronto a few years ago that focused on this topic. There were many discussions and group meetings. Literacy advocates tried to explain what it all meant, but a lot of people did not either accept it or want to accept it or understand it at all. The shocker at the end of the day was that every group was asked to put forward their top three ideas with respect to workplace training. Number one was to establish a pan-Canadian literacy program similar to what has been done with labour market training.

That concept has been worked on again and again, but it keeps falling off the table. It does not matter who is in power; it has not happened. There is a big chunk missing there.

In committee hearings on literacy we asked several times about what happened to the notion of a pan-Canadian accord. Somewhere along the line it seems to have ground to a standstill. If proposals concerning learning and training were to come together, we could probably do a lot of good.

The concept is on the table, but it has not come together. I am not quite sure how to make that happen. In listening to all three of you today, my hope is that we can circulate your ideas widely

[Français]

Le sénateur Pépin : Actuellement, la majorité des femmes qui nourrissent leurs enfants sont en congé de maternité parce qu'on n'a pas une loi sur le travail à cet effet, à moins que des employeurs très humains ne le permettent. À Montréal, il y a quelques garderies en milieu de travail. Il n'y en a pas plusieurs mais nous avons quelques unes. Je suis tout à fait d'accord qu'on ait un projet de loi semblable. Cela permettrait aux femmes défavorisées, qui ont besoin de retourner rapidement au travail, d'allaiter leurs enfants, ce qu'elles ne peuvent pas faire maintenant.

[Traduction]

Le sénateur Fairbairn : En écoutant vos interventions et les questions et réponses sur ce que nous pourrions faire pour faire avancer le dossier, des idées me viennent à l'esprit.

Depuis maintenant un certain temps, près de 10 ans, des efforts sont déployés, péniblement mais avec un certain succès, par les gouvernements fédéral et provinciaux pour établir une entente fédérale-provinciale sur la formation en cours d'emploi. Elle existe maintenant. On peut supposer que cette percée est due au fait que des gens en coulisses ont pris conscience des changements survenus dans notre société. Les emplois avaient changé très rapidement. Afin de rehausser le niveau de ceux qui font déjà partir de la population active, sans même parler de tous ceux qui arrivent sur le marché du travail sans aucune compétence particulière, le gouvernement fédéral et les provinces ont négocié cette entente, et elle fonctionne. Le revers de la médaille est qu'il y a en quelque sorte un vide parce que les gens qui doivent apprendre et qui ont un faible niveau d'alphabétisation vivent péniblement dans un monde très différent de celui qu'ils avaient connu au départ, à cause de la technologie.

Il y a quelques années a eu lieu à Toronto une conférence nationale à un niveau élevé portant précisément sur cette question. Il y a eu de nombreuses discussions en groupe. Les partisans de l'alphabétisation ont tenté d'expliquer ce que tout cela voulait dire, mais bien des gens ont refusé de l'accepter ou de le comprendre. À la fin, on a demandé à chaque groupe de proposer trois idées pour la formation en cours d'emploi. En tête de liste, on trouvait la création d'un programme pancanadien d'alphabétisation semblable à ce qui a été fait pour la formation liée au marché du travail.

On est revenu à la charge à maintes reprises dans ce dossier, mais il est constamment remis aux calendes grecques. Peu importe qui est au pouvoir, rien ne se fait. Il manque une pièce importante du puzzle.

Durant les audiences du comité sur l'alphabétisation, nous avons demandé plusieurs fois ce qu'il était advenu de l'idée d'un accord pancanadien. Il semble que la machine se soit enrayée quelque part. Si des propositions concernant l'apprentissage et la formation finissaient par se concrétiser, nous pourrions probablement faire beaucoup de bien.

Le concept est sur la table, mais il ne s'est pas matérialisé. Je ne suis pas certaine de savoir comment faire débloquer le dossier. En vous écoutant tous les trois aujourd'hui, j'espère que nous

because there is a very good reality check here for an agreement that would put learning and training together. We would find that every province in our country would have a much better future ahead of it. It also touches on the main concern of this committee, which for a long time now has been health. In the end, surely a pan-Canadian approach is a large component of whether or not we have a healthy Canada. If you have any ideas about how to get these suggestions in front of the people we have not been able to reach, please tell us.

Senator Cochrane: First, someone mentioned that we have to develop the brain to reach its potential. I just wanted to say that this is the crux of the problem. We do not know how to train the brain to do all the things that it can do.

Second, I do not know why, Dr. Heymann, but I have not heard very much lately about breastfeeding. I have not even seen mothers breastfeed. Eight or nine years ago, I used to see mothers at restaurants take their children aside and breastfeed them, even at the table, but I do not see that any more. Have we stopped advertising all the positives things that breastfeeding does? I was impressed with your comment that breastfeeding has an impact on cognitive development. Could you elaborate? Perhaps we should be putting out more brochures to publicize this fact. Maybe I am old, but I am not seeing enough of this.

Dr. Heymann: I think there are a couple parts to this issue. One is that do people understand the impacts. There are periods when there is an erosion in understanding the importance of breastfeeding, particularly in high-income countries. The assumption is that breastfeeding does not matter as much and that it can be perfectly replaced with formula. To the extent to which those assumptions and misconceptions are part what is going on, then, yes, getting that information out there helps, and every generation needs hear it.

At the same time, social and structural barriers are increasing, which really has to do with the rise in Canada, as in every country we have studied, of mothers in the workforce who have children from the age of zero to one year old. The increase of mothers in the workforce does not in any way need to impede breastfeeding, but, unless we bring our policies up to date, it will.

That is why we have to make sure that people who want to stay home can afford to do so while breastfeeding and nurturing an infant in those early months when it is hardest to put together affordable, quality early care. We must ensure that those who want to or need to return to work have that right. There has been a dramatic transformation over the past 25 years in terms of the rise of number of women who are making the decision to work and breastfeed simultaneously

pourrons diffuser largement vos idées parce qu'il y a là matière à consolider l'argument voulant que l'on conjugue l'apprentissage et la formation. Nous constaterions alors que toutes les provinces de notre pays auraient un avenir beaucoup plus brillant. Cela touche également l'une des principales préoccupations de notre comité depuis longtemps, à savoir la santé. En bout de ligne, il est certain qu'une approche pancanadienne est un élément important d'un Canada en bonne santé. Si vous avez des idées sur la manière de faire comprendre ces suggestions aux gens que nous n'avons pas réussi à rejoindre, veuillez nous en faire part.

Le sénateur Cochrane : Premièrement, quelqu'un a dit qu'il faut développer le cerveau pour qu'il réalise son plein potentiel. Je voulais seulement dire que c'est le noeud du problème. Nous ne savons pas comment former le cerveau pour qu'il fasse tout ce qu'il est capable de faire.

Deuxièmement, je ne sais pas pourquoi, docteur Heymann, mais je ne vous ai pas tellement entendu parler dernièrement de l'allaitement maternel. Je n'ai même pas vu de mères en train d'allaiter. Il y a huit ou neuf ans, je voyais des mères au restaurant qui se plaçaient à l'écart pour allaiter leur enfant ou même le faisaient à table, mais je ne vois plus cela. A-t-on cessé de publiciser tous les bienfaits de l'allaitement maternel? J'ai été impressionnée par votre observation selon laquelle l'allaitement maternel a un impact sur le développement cognitif. Pourriez-vous nous en dire plus long là-dessus? Peut-être devrions-nous publier davantage de brochures pour faire connaître ce fait. C'est peut-être parce que je vieillis, mais je ne vois plus cela assez souvent.

Dre Heymann : Il y a quelques éléments de réponse. D'abord, il faut que les gens comprennent les conséquences. On dirait que, par période, il y a une érosion de la compréhension de l'importance de l'allaitement maternel, en particulier dans les pays à revenu élevé. L'idée se répand que l'allaitement maternel n'a pas tellement d'importance et qu'on peut avantageusement le remplacer par le lait maternisé. Dans la mesure où de telles idées fausses circulent effectivement, je dirais que oui, il est utile de diffuser cette information, et chaque nouvelle génération doit l'entendre.

En même temps, les obstacles sociaux et structurels se renforcent, à cause de l'augmentation, au Canada comme dans tous les pays que nous avons étudiés, du nombre des mères qui sont sur le marché du travail et qui ont des enfants de zéro à un an. L'augmentation du nombre de mères au travail ne devrait nullement faire obstacle à l'allaitement maternel, mais ce sera le cas à moins que nous ne mettions à jour nos politiques.

C'est pourquoi nous devons nous assurer que les mères qui veulent rester à la maison puissent se permettre de le faire, offrant ainsi l'allaitement maternel et des soins à leur bébé au cours des premiers mois de la vie, période pour laquelle il est le plus difficile de trouver des services de garde abordables et de qualité. Nous devons nous assurer que celles qui veulent ou qui doivent retourner au travail en aient le droit. Il y a eu une transformation spectaculaire depuis un quart de siècle quant au nombre de

in those early years. The laws in Canada and elsewhere have not fully caught up with this reality and we very much need them to do that.

Senator Cochrane: What about cognitive development?

Dr. Heymann: I think the evidence on cognitive development is getting better with every study. Early studies suggested that cognitive development mattered with breastfeeding, but they were not what we would call gold standard studies. Instead of having random samples, they asked women if they had breastfed or not and then looked at their adult children many years later. While those early studies suggested for a long time that breastfeeding mattered to cognitive development, people did not know if different women were breastfeeding or not breastfeeding, and so we did not consider them gold standard. Maybe there was a selection bias or a logic problem with the studies.

Now, however, we really do have the gold standard studies. These include, for example, a recent study in which the researchers went to hospitals. In one set of hospitals, they did a series of interventions to promote women breastfeeding and in the other hospital they did nothing. They followed the kids, and IQ scores were higher among children from the hospitals where there was an intervention to promote breastfeeding.

Dr. Lynch: That research was done by a Canadian, actually, so we should be proud of that. It was done in Belarus by our colleague Dr. Michael Kramer.

I wanted to add that we do these comparisons with other countries not because we are Sweden; there is no way we can be Sweden. They have a different culture, history and context. We cannot necessarily transplant what happens in Sweden. We have to be selective about what we do, but these can be inspiring stories. Ninety per cent of women in Sweden participate in the labour force, and if you look at breastfeeding rates, they are better than ours. That is because of the structural supports that exist. It can be done.

Dr. Heymann: Individual countries can be inspiring. When we look around the world and see that over 100 countries guarantee breastfeeding breaks, we know that it is not about one political system, one historical system or one economic or social system. A full range of countries have found a way to do it, so it is something we can do for sure.

Senator Pépin: It would be very good because we would have child care in the workplace everywhere.

The Chairman: The discussion this afternoon has been fascinating. I want to tell our witnesses just how truly grateful we are that they have given us their time.

femmes qui prennent la décision de travailler tout en allaitant leur enfant pendant les premières années. La loi, au Canada comme ailleurs, n'a pas vraiment suivi cette réalité et nous devons vraiment y remédier.

Le sénateur Cochrane : Et le développement cognitif?

Dre Heymann : Je pense que la preuve se renforce avec chaque nouvelle étude dans le domaine du développement cognitif. Les premières études donnaient à penser que l'allaitement maternel favorisait le développement cognitif, mais ces études n'étaient pas menées selon les règles de l'art. Au lieu de créer des groupes témoins choisis au hasard, on demandait aux femmes si elles avaient allaité ou non, après quoi on examinait leurs enfants à l'âge adulte, bien des années plus tard. Ces premières études donnaient à penser depuis longtemps que l'allaitement maternel contribuait puissamment au développement cognitif, mais on ne savait pas si d'autres femmes exclues de l'étude allaitaient leur enfant ou non, et l'on ne pouvait donc pas considérer ces études comme entièrement fiables. Il y avait peut-être un parti pris dans le choix des sujets ou un problème de logique.

Aujourd'hui, cependant, nous avons vraiment des études menées de manière irréprochable. Je songe notamment à une étude récente dans le cadre de laquelle des chercheurs ont été envoyés visiter des hôpitaux. Dans une première série d'hôpitaux, ils ont fait une série d'interventions pour promouvoir l'allaitement maternel, tandis qu'ils n'ont rien fait dans les autres hôpitaux. Ils ont suivi les enfants et ont trouvé des QI plus élevés parmi les enfants qui étaient passés par les hôpitaux où l'on avait fait des interventions pour promouvoir l'allaitement maternel.

Dr Lynch : Cette recherche a été faite par un Canadien, en fait, et nous avons donc tout lieu d'en être fiers. Elle a été faite en Biélorussie par notre collègue le Dr Michael Kramer.

J'ajoute que nous faisons des comparaisons avec d'autres pays non pas parce que nous voulons être la Suède; il est impossible de transformer le Canada en Suède. Leur culture, leur histoire, leur contexte sont différents. Nous ne pouvons pas nécessairement transplanter ici ce qui se fait en Suède. Nous devons être sélectifs, mais nous pouvons nous inspirer des succès éclatants. Quatre-vingt-dix pour cent des Suédoises font partie de la population active; or leur taux d'allaitement maternel est plus élevé que le nôtre. C'est grâce au soutien culturel qui existe là-bas. Cela peut se faire.

Dre Heymann : Nous pouvons nous inspirer de différents pays. Quand on regarde autour du monde et qu'on constate que plus de 100 pays garantissent des pauses pour allaitement maternel, nous savons que cela n'a rien à voir avec un système politique en particulier, un modèle historique ou un système économique ou social. Un large éventail de pays ont trouvé le moyen de le faire et il est donc certain que nous pouvons en faire autant.

Le sénateur Pépin : Ce serait bien, parce qu'on aurait alors des garderies dans tous les lieux de travail.

Le président : La discussion a été fascinante cet après-midi. Je tiens à dire à nos témoins à quel point nous leur sommes reconnaissants de nous avoir consacré de leur temps.

There is another line of questioning that I would love to pursue with all three of our witnesses, perhaps through a teleconference with the committee about a year from now, I suspect, or maybe a little later. I see some divergence between the three of you when it comes to how to do some of these things. Dr. Heymann is saying that the flat programs really count, such as better jobs, education and early childhood care. Sometimes that suggestion is a little hard to sell. I notice also that if we have the will to do it, we can eliminate early childhood deprivations such as poverty; we should be able to put together programs for children that give them a fair shake.

When we get to the recommendations stage of our report, we will be in touch with you again. Thank you very much indeed.

The committee adjourned.

Il y a un autre domaine que j'adorerais approfondir avec nos trois témoins, peut-être lors d'une téléconférence dans environ un an, ou peut-être encore plus loin dans le temps. Je constate certaines divergences entre vous trois quant à la manière de s'y prendre pour concrétiser certaines mesures. La Dre Heymann dit que les programmes de base comptent pour beaucoup, par exemple de meilleurs emplois, l'éducation et les soins éducatifs à la petite enfance. C'est parfois un peu difficile de convaincre les gens de la validité de cette suggestion. Je remarque aussi que si nous avons la volonté de le faire, nous pouvons éliminer les privations comme la pauvreté pour les jeunes enfants; nous devrions être en mesure d'élaborer des programmes qui donnent aux enfants l'égalité des chances.

Quand nous en serons à l'étape des recommandations de notre rapport, nous communiquerons de nouveau avec vous. Merci beaucoup.

La séance est levée.

Wednesday, March 28, 2007

Institute of Population and Public Health:

Dr. John Frank, Scientific Director of the Canadian Institutes of Health Research.

Global Health and Social Policy:

Dr. Jody Heymann, Canada Research Chair in Population Health.

McGill University:

Dr. John Lynch, Canada Research Chair in Population Health.

Le mercredi 28 mars 2007

Institut de la santé publique et des populations :

Dr John Frank, directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada.

Santé et politique sociales dans le monde :

Dre Jody Heymann, chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde.

Université McGill :

Dr John Lynch, chaire de recherche du Canada en santé des populations.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, March 21, 2007

Public Health Agency of Canada:

Dr. Sylvie Stachenko, Deputy Chief Public Officer, Health Promotion and Chronic Disease Control;

Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Strategic Policy, Communications and Corporate Services Branch;

Maura Ricketts, Acting Director General, Office of Public Health Practice, Public Health Practice and Regional Operations Branch.

Statistics Canada:

Michael Wolfson, Assistant Chief Statistician, Analysis and Development.

Kunin-Lunenfeld Applied Research Centre:

Sholom Glouberman, Associate Scientist.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 21 mars 2007

Agence de santé publique du Canada :

Dre Sylvie Stachenko, administrateur en chef adjointe de la santé publique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques;

Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Direction générale des politiques stratégiques, des communications et des services généraux;

Maura Ricketts, directrice générale par intérim, Bureau de la pratique en santé publique, Pratique en santé publique et opérations régionales.

Statistique Canada :

Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Analyse et développement.

Kunin-Lunenfeld Applied Research Center :

Sholom Glouberman, scientifique associé.

(Suite à la page précédente)





First Session
Thirty-ninth Parliament, 2006-07

SENATE OF CANADA

*Standing Senate Committee on
Social Affairs, Science and Technology*

Proceedings of the Subcommittee on

Population Health

Chair:

The Honourable WILBERT J. KEON

Wednesday, April 25, 2007
Wednesday, May 2, 2007

Issue No. 3

Fifth and sixth meetings on

The impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's populations — known collectively as the social determinants of health

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-neuvième législature, 2006-2007

SÉNAT DU CANADA

*Comité sénatorial permanent des
Affaires sociales, des sciences et de la technologie*

Délibérations du Sous-comité sur la

Santé des populations

Président :

L'honorable WILBERT J. KEON

Le mercredi 25 avril 2007
Le mercredi 2 mai 2007

Fascicule n° 3

Cinquième et sixième réunions concernant :

Les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-président : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, April 25, 2007

(6)

[English]

The Senate Subcommittee on Population Health met at 4:22 p.m. this day, in room 9, Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, and Pépin (5).

Other senator present: The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Tonina Simeone, Research Analyst, Political and Social Affairs Division and Michael Toye, Research Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 28, 2006, the subcommittee continued its study on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health. (*See Issue No. 1, Thursday, February 22, 2007, for the complete text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Institute of Aboriginal Peoples' Health (IAPH) for the Canadian Institutes of Health Research (CIHR):

Dr. Jeff Reading, Scientific Director.

Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba:

John O'Neil, Professor and Director.

Health Canada:

Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch.

Public Health Agency of Canada:

Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate.

Indian and Northern Affairs Canada:

Marc Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations Sector.

Dr. Jeff Reading, John O'Neil, Ian Potter, Jim Ball and Marc Brooks each made statements and replied to questions.

At 6:10 p.m., the subcommittee suspended.

At 6:12 p.m., the subcommittee resumed in camera in room 7, pursuant to rule 92(2)(e) to consider a draft agenda.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 25 avril 2007

(6)

[Traduction]

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations se réunit aujourd'hui à 16 h 22 dans la pièce 9 de l'édifice Victoria sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon et Pépin (5).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Eggleton, P.C. (1).

Aussi présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Tonina Simeone, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales et Michael Toye, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 28 novembre 2006, le sous-comité poursuit son étude sur l'incidence des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du jeudi 22 février 2007.*)

TÉMOINS :

Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) :

Dr Jeff Reading, directeur scientifique.

Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba :

John O'Neil, professeur et directeur.

Santé Canada :

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Agence de santé publique du Canada :

Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques.

Affaires indiennes et du Nord Canada :

Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, Secteur des politiques socioéconomiques et opérations régionales.

Dr Jeff Reading, John O'Neil, Ian Potter, Jim Ball et Marc Brooks font des déclarations et répondent aux questions.

À 18 h 10, le sous-comité suspend ses travaux.

À 18 h 12, le sous-comité reprend ses travaux à huis clos dans la pièce 7 conformément à l'alinéa 92(2)e) pour examiner son ébauche d'ordre du jour.

It was moved by Senator Cochrane that notwithstanding the decision of the subcommittee on Wednesday, February 21, 2007, the Chair, Deputy Chair and Senator Cook be authorized to make decisions on behalf of the subcommittee with respect to its agenda, to invite witnesses and to schedule hearings.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was agreed that the subcommittee seek authority from the Whips to meet in late afternoon, Thursday, May 31 and Friday, June 1, 2007.

At 6:35 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, May 2, 2007
(7)

[English]

The Senate Subcommittee on Population Health met at 4:04 p.m. this day, in room 2, Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, and Pèpin (6).

Other senator present: The Honourable Senator Eggleton, P.C. (1).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Tonina Simeone, Research Analyst, Political and Social Affairs Division and Michael Toye, Research Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 28, 2006, the subcommittee continued its study on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health. (See *Issue No. 1, Thursday, February 22, 2007, for the full text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Research Faculty, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit:

Sylvia Abonyi, Canada Research Chair in Aboriginal Health.

Toronto University:

Dr. Kue Young, Professor, Department of Public Health Services.

National Aboriginal Health Organization (NAHO):

Carole L. Lafontaine, Acting Chief Executive Officer;

Mark Buell, Manager, Policy and Communications.

Le sénateur Cochrane propose que, malgré la décision prise par le sous-comité le mercredi 21 février 2007, le président, le vice-président et le sénateur Cook soient autorisés à prendre des décisions au nom du comité en ce qui concerne l'ordre du jour, à inviter les témoins et à établir l'horaire des audiences.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Il est convenu que le sous-comité demande aux whips la permission de se rencontrer en fin d'après-midi le jeudi 31 mai et le vendredi 1^{er} juin 2007.

À 18 h 35, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 2 mai 2007
(7)

[Traduction]

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations se réunit aujourd'hui à 16 h 4, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pèpin (6).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Eggleton, C.P. (1).

Également présents : De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement : Tonina Simeone, analyste, Division des affaires politiques et sociales, et Michael Toye, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 28 novembre 2006, le sous-comité poursuit son étude sur les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du jeudi 22 février 2007.*)

TÉMOINS :

Faculté de recherche, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit :

Sylvia Abonyi, chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada.

Université de Toronto :

Dr Kue Young, professeur, Département des services de santé publique.

Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) :

Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire;

Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications.

University of British Columbia — Department of Psychology:

Michael J. Chandler, University of British Columbia Professor and distinguished health researcher, Canada Institutes for Health Research (CIHR) and Michael Smith Foundation for Health Research (MSFHR) Investigator.

Ms. Abonyi, Dr. Young, Ms. Lafontaine and Mr. Chandler made opening comments and with Mr. Buell responded to questions.

At 6:02 p.m., the subcommittee suspended.

At 6:05 p.m., the subcommittee resumed in camera pursuant to rule 92(2)(e) to discuss a future draft agenda.

At 6:08 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du sous-comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee

Université de la Colombie-Britannique — Département de psychologie :

Michael J. Chandler, professeur au département de psychologie de l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé.

Mme Abonyi, le Dr Young, Mme Lafontaine et M. Chandler font des déclarations préliminaires et, avec M. Buell, répondent aux questions.

À 18 h 2, le sous-comité suspend ses travaux.

À 18 h 5, le sous-comité reprend ses travaux à huis clos conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement pour discuter d'un prochain ordre du jour.

À 18 h 8, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 25, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:22 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Ladies and gentlemen, we can legally proceed because we have a senator from each side. There are more senators to come; the Senate rose at 4 o'clock.

I want to thank all of you for appearing. This is a truly outstanding panel of people. We are particularly anxious to hear from you early in our hearings so that we can proceed to get some of the early research documents ready. There is so much to be learned about population health from the Aboriginal health area.

It appears that, according to the 2001 census, about 1 million people or 3.3 per cent of Canada's population are Aboriginal: 62 per cent are First Nations; 30 per cent are Metis; 5 per cent are Inuit; and 3 per cent are people of more than one identity. This is a very large contingent of Canadians.

We have five outstanding witnesses today. We have Dr. Reading, Scientific Director, Institute of Aboriginal Peoples' Health for the Canadian Institutes of Health Research. I have known him for a number of years and he was good enough to meet with me earlier today to help us in planning our agenda.

We have Professor O'Neil, Director of the Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba. It is interesting that the CAHR is a joint initiative of the Assembly of Manitoba Chiefs, the faculty of medicine at the University of Manitoba and the Foundations for Health. This centre can be of enormous help to us as we proceed.

We are also deeply grateful to have with us Mr. Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada; Mr. Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Public Health Agency of Canada; and Mr. Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations Sector, Indian and Northern Affairs Canada.

Dr. Jeff Reading, Scientific Director, Institute of Aboriginal Peoples' Health (IAPH) for the Canadian Institutes of Health Research (CIHR): Thank you for the invitation. I want to begin

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 25 avril 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 22 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne — appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé — et pour en faire rapport.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Mesdames et messieurs, la séance est ouverte. Nous pouvons légalement commencer la séance puisque nous avons un sénateur de chaque parti. D'autres sénateurs arriveront; le Sénat s'est ajourné à 16 heures.

Je vous remercie tous de témoigner. Nous entendrons un groupe d'experts vraiment exceptionnel. Nous avons particulièrement hâte de vous entendre tôt dans nos audiences pour pouvoir préparer les premiers documents de recherche. Le domaine de la santé des Autochtones peut nous en apprendre beaucoup sur la santé de la population.

Selon le recensement de 2001, environ un million de personnes ou 3,3 p. 100 de la population canadienne se désignaient comme Autochtones : 62 p. 100 comme Premières nations; 30 p. 100 comme Métis; 5 p. 100 comme Inuits; et 3 p. 100 comme personnes appartenant à plus d'un groupe. C'est un contingent de Canadiens très grand.

Nous accueillons cinq témoins remarquables aujourd'hui. Nous entendrons M. Reading, directeur scientifique de l'Institut de la santé des Autochtones pour les Instituts de recherche en santé du Canada. Je le connais depuis longtemps et il a été assez aimable pour me rencontrer plus tôt aujourd'hui et nous aider à planifier l'ordre du jour.

Nous accueillons aussi M. O'Neil, professeur et directeur du Centre de recherche sur la santé des Autochtones de l'Université du Manitoba. Il est intéressant de noter que le CRSA est une initiative conjointe de l'Assemblée of Manitoba Chiefs, de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba et des Foundations for Health. Ce centre peut nous être d'une aide précieuse dans notre étude.

Nous sommes également profondément reconnaissants de compter parmi nous M. Potter, sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada; M. Ball, directeur de la Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Agence de santé publique du Canada; et M. Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, secteur des politiques socioéconomiques et opérations régionales, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien.

Jeff Reading, directeur scientifique, Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) : Merci de l'invitation. Je veux commencer en

by acknowledging the traditional territory of the Algonquin people. It is our tradition to start the meeting that way in order to set the context of our discussion that is follow.

Where the health status of Aboriginal peoples in Canada is profoundly different than that of other Canadians, it is strikingly similar to the health disparities experienced by indigenous peoples around the world. To improve health in Canada and abroad for indigenous peoples requires an understanding of a complex array of social, cultural, economic, political and epidemiological issues combined with an appreciation for the interaction nested within a history of upstream dominant political forces that often determine the health of all populations.

Achieving optimal health is linked to political and economic policies of colonization throughout history, but also modern day forces of globalization that affect Canada and other countries with similar circumstances regarding minority indigenous populations. It is these upstream forces and social determinants that are key to our understanding of the root causes of Aboriginal health disparities and indeed indigenous health abroad.

Population health disparities are thus linked to upstream social determinants or the so-called causes of causes. This was first coined by Sir Michael Marmot and is relevant to contemporary Aboriginal peoples' struggles to achieve optimal health and well-being in Canada.

I suggest we need to extend that further. It is about causes of causes of causes. For example, we may have an epidemic of diabetes. The cause of that is upstream because people have limited choices for adequate food and limited choices for physical activity, which predisposes them towards obesity, which in turn predisposes them towards diabetes. The causes of those limited choices are upstream and have to do with social and economic marginalization.

That is linked to the political economy and the historic evolution of Canada as a nation state where the market economy and the trading of furs in the North, for example, was replaced by a welfare economy. There was a rapid transition in the way of life from that subsistence life to one heavily dependent on market goods and without the necessary resources to obtain nutritious foods and things of that nature. Therefore, causes of causes is relevant in Aboriginal communities.

We must think of solutions in the same long-term fashion. There will not be overnight success.

Aboriginal peoples are still confronted with barriers to equal access to health services, which are legally mandated in provisions of the publicly funded health system as articulated in the Canada Health Act.

reconnaissant le territoire traditionnel du peuple algonquin. C'est notre tradition de commencer la réunion de cette façon pour établir le cadre de la discussion.

Alors que l'état de santé des peuples autochtones est tout à fait différent de celui des autres citoyens au Canada, on constate étrangement les mêmes disparités en matière de santé que celles que l'on observe chez les peuples autochtones partout dans le monde. Pour améliorer l'état de santé des peuples autochtones au Canada et à l'étranger, il faut comprendre une gamme complexe de questions sociales, culturelles, économiques, politiques et épidémiologiques ainsi que l'interaction d'une histoire de forces politiques dominantes en amont qui déterminent souvent la santé de toutes les populations.

La santé optimale est liée aux mesures politiques et économiques de la colonisation tout au long de l'histoire, mais également aux forces modernes de la mondialisation qui influent sur le Canada et d'autres pays dont les minorités autochtones vivent une situation semblable. Ces forces en amont et ces déterminants sociaux sont essentiels à notre compréhension des causes profondes des disparités au chapitre de la santé des Autochtones et, bien entendu, de la santé des peuples autochtones à l'étranger.

Les disparités en matière de santé de la population sont donc liées à des déterminants sociaux en amont ou aux soi-disant « causes des causes ». C'est sir Michael Marmot qui a créé cette expression qui s'applique aux efforts considérables déployés par les peuples autochtones contemporains pour jouir d'une santé et d'un bien-être optimaux au Canada.

Je suggère de pousser l'idée plus loin. Il faut remonter aux « causes des causes ». Par exemple, nous avons peut-être une épidémie de diabète. La cause de cette épidémie est en amont parce que les gens ont des choix limités en matière d'alimentation et d'activité physique, les prédisposant ainsi à l'obésité et, par le fait même, au diabète. Les causes de ces choix limités sont en amont et se rattachent à la marginalisation sociale et économique.

Cela est lié à l'économie politique et à l'évolution historique du Canada en tant qu'État-nation où l'économie de marché et la traite des fourrures dans le Nord, par exemple, ont été remplacées par une économie de bien-être. Le mode de vie des Autochtones s'est transformé rapidement, passant d'un mode de vie de subsistance à un mode de vie fortement dépendant des produits du marché et sans les ressources nécessaires pour se procurer des aliments nutritifs et des choses du genre. Par conséquent, les causes des causes s'appliquent aux collectivités autochtones.

Nous devons trouver des solutions à long terme. Nous n'obtiendrons pas un succès instantané.

Les peuples autochtones sont toujours confrontés à des obstacles en matière d'égalité d'accès aux services de santé, qui sont prescrites dans les dispositions du système de santé public, comme l'énonce la Loi canadienne sur la santé.

Canada has taken a bold step with the creation of a national institute for research on Aboriginal people's health. We have recently made policy where the governing council at CIHR agreed to support and make policy a set of guidelines for research ethics involving Aboriginal peoples. Essentially, this has created an ethical space within the agency to articulate and advance the knowledge agenda for Aboriginal health research nested within a dominant mainstream institution, the Canadian Institutes of Health Research.

The Institute of Aboriginal Peoples' Health has made progress in addressing urgent and emergent health concerns through an advanced knowledge agenda partnered with Aboriginal communities and eminent research scientists. We have made a lot of effort and progress in building health research capacity connected to institutions of higher learning, but also informed by Aboriginal peoples living in their communities.

We have articulated a process for translating health research into practice and have developed national guidelines, as I mentioned, for the ethical conduct of research. Altogether, this represents an opportunity for the academy and shows the way, in terms of implementing a vision, for Aboriginal health in Canada.

I wanted to keep my comments relatively short because I have produced an extensive review of social determinants that goes through early life, prenatal, maternal issues, child health, education, addictions, food security and health care access. I will not try to give you a sense of all of that in five or seven minutes. I would like to thank you for the opportunity and will be happy to answer any questions you may have.

John O'Neil, Professor and Director, Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba: Thank you for inviting me to speak to you on one of the most important public health issues confronting the nation today.

The question before us is both a simple and a complex one. The evidence is clear that health inequities in the Aboriginal population are largely determined by inequities in the social, economic and cultural conditions that characterize Aboriginal communities. Poor housing, limited employment opportunities and inadequate community infrastructure and services are widely cited in the scientific literature as the key determinants of poor health outcomes.

Equally clear is the evidence indicating that these conditions will likely only change through Aboriginal self-government. Globally, in nations, societies and communities where citizens exercise more authority over the fundamental conditions of life in an equitable and culturally consistent way, health outcomes are generally better even when relative poverty is taken into account.

Le Canada a pris une mesure audacieuse en créant un institut national de recherche sur la santé des peuples autochtones. Nous avons récemment élaboré des politiques par lesquelles le conseil d'administration de l'IRSC a accepté d'appuyer et d'élaborer un ensemble de lignes directrices en matière d'éthique pour la recherche visant les peuples autochtones. Cette décision a permis essentiellement de créer un espace éthique au sein de l'institut pour organiser et faire progresser le programme du savoir pour la recherche en matière de santé des Autochtones au sein de l'organisation de base principale destinée à l'ensemble de la population, les Instituts de recherche en santé du Canada.

L'Institut de la santé des Autochtones a réalisé des progrès pour s'attaquer à des préoccupations sanitaires pressantes et émergentes grâce à un programme du savoir avancé mené en partenariat avec les collectivités autochtones et d'éminents chercheurs. Nous avons fait d'énormes efforts et progrès en vue de renforcer notre capacité de recherche en santé en s'associant à des établissements d'enseignement supérieur, mais aussi en tenant compte de l'avis des Autochtones vivant dans leur collectivité.

Nous avons conçu un processus pour mettre en pratique la recherche en santé et élaboré des lignes directrices nationales, comme je l'ai mentionné, pour que les recherches soient menées dans le respect de l'éthique. Dans l'ensemble, cet effort représente une occasion pour les milieux universitaires et montre la voie à suivre dans la mise en œuvre d'une vision pour la santé des Autochtones au Canada.

Je voulais que mes commentaires soient relativement brefs parce que j'ai préparé un examen complet des déterminants sociaux qui traite notamment des questions touchant la petite enfance, la période prénatale, la maternité, la santé des enfants, l'éducation, les dépendances, la sécurité alimentaire et l'accès aux soins de santé. Je n'essaierai pas de vous donner un aperçu de tous ces thèmes en cinq ou sept minutes. Je tiens à vous remercier de me donner l'occasion de témoigner devant vous et je serai ravi de répondre à vos questions.

John O'Neil, professeur et directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba : Je vous remercie de m'avoir invité pour traiter de l'une des questions de santé publique les plus importantes auxquelles est confrontée la nation à l'heure actuelle.

La question que nous avons à débattre est à la fois simple et complexe. Il est clairement démontré que les inégalités observées chez les Autochtones sur le plan de la santé dépendent en grande partie des conditions sociales, économiques et culturelles qui caractérisent les collectivités autochtones. Les ouvrages scientifiques citent généralement le logement inadéquat, les possibilités d'emploi limitées et l'infrastructure et les services communautaires inappropriés comme étant les principaux déterminants du piètre bilan de santé.

Il est démontré tout aussi clairement que ces conditions ne changeront vraisemblablement que par le biais de l'autonomie gouvernementale des Autochtones. De façon générale, dans les nations, sociétés et collectivités où les citoyens ont plus de prise sur les conditions de vie fondamentales d'une manière équitable et cohérente sur le plan culturel, l'état de santé est généralement

In the Aboriginal context, increasing evidence is accumulating to support the premise that Aboriginal communities that are self-governing and have strong cultural continuity with traditions have lower rates of health problems.

As I have indicated, the answer to the question before us is a simple one. The primary social determinant of health in Aboriginal communities is self-government. The solution to improving health status in Aboriginal communities, I submit, is also simple, and that is to increase self-government. The complexity begins when we begin to examine the meaning of self-government and the mechanisms for achieving it.

Self-government has two dimensions. First, it is about an individual community or nation making autonomous decisions that determine the ways in which resources and opportunities are distributed and accessed. The literature is clear at all levels: Autonomous decision-making about resource and opportunity distribution is clearly linked to improved health status.

Second, self-government is meaningful only in the context of cultural continuity. All societies have structures and processes for making decisions that promote the collective good that are rooted in cultural decisions and that may differ significantly from one society to the next. Failure to recognize the significance of these differences and their importance to governance can be perilous. I ask you to reflect for a moment on the global conflict between Western democratic values and the desire in many Islamic countries for state-level governments that reflect sharia law as an example of these kinds of challenges. Clearly the difference between Aboriginal approaches to self-government and Canadian governance models are not as dramatic, particularly since Western parliamentary traditions borrowed significantly from Iroquois governance models.

The essential premise remains important. Aboriginal communities with clear mechanisms for maintaining continuity with their cultural traditions, however defined, revised or restructured, have better health outcomes. Governance mechanisms in these communities must reflect the core cultural values related to decision making or they risk undermining the fundamental idea of self-governance.

The next question that must be asked is why most Aboriginal communities are not self-governing and why it is so difficult to restore self-governance where it is weak or absent. Unfortunately, the answer is rooted in the colonial history of Aboriginal people's relationship with the Canadian state. I say "unfortunately" because it has, to some extent, become unfashionable to blame colonization and history for the problems that afflict Aboriginal communities today. Although current governments may acknowledge the historical mistakes that have created much of

meilleur même lorsqu'on tient compte de la pauvreté relative. Dans le cas des Autochtones, de plus en plus de données viennent appuyer l'hypothèse que les collectivités autochtones qui sont autonomes et qui ont une continuité culturelle solide et des traditions enregistrent des taux de problèmes de santé inférieurs aux autres collectivités.

Comme je l'ai signalé, la réponse à la question qui nous intéresse est simple. Le principal déterminant social de la santé dans les collectivités autochtones est l'autonomie gouvernementale. À mon avis, la solution pour améliorer l'état de santé dans les collectivités autochtones est également simple, il s'agit d'accroître l'autonomie gouvernementale. La question se complique quand on se met à examiner la signification de l'autonomie gouvernementale et les mécanismes pour la réaliser.

L'autonomie gouvernementale comporte deux dimensions. Premièrement, c'est la collectivité ou la nation particulière qui prend des décisions autonomes qui déterminent comment les ressources et les possibilités sont distribuées et comment on peut y accéder. Les ouvrages sont clairs sur tous les plans : la prise de décisions autonome au sujet de la distribution des ressources et des possibilités est manifestement liée à une amélioration de l'état de santé.

Deuxièmement, l'autonomie gouvernementale n'a de sens que dans le contexte d'une continuité culturelle. Toutes les sociétés sont dotées de structures et de processus de prise de décisions favorisant le bien de la collectivité qui sont ancrés dans les décisions culturelles et qui peuvent être fort différents d'une société à l'autre. Il peut être dangereux de ne pas reconnaître la valeur de ces différences et leur importance pour la gouvernance. Je vous demande de réfléchir un instant au conflit mondial qui oppose les valeurs démocratiques occidentales et la volonté de nombreux pays islamiques d'instaurer des gouvernements d'État qui se conforment à la charia, comme illustration de ce genre de défis. Il est clair que la différence entre les approches des Autochtones à l'égard de l'autonomie gouvernementale et les modèles de gouvernance canadiens n'est pas énorme, d'autant plus que les traditions parlementaires occidentales se sont beaucoup inspirées des modèles de gouvernance iroquois.

L'hypothèse fondamentale demeure importante. Les collectivités autochtones dotées de mécanismes clairs pour perpétuer leurs traditions culturelles, peu importe comment elles sont définies, revues ou remaniées, ont de meilleurs bilans de santé. Les mécanismes de gouvernance dans ces collectivités doivent être représentatifs des valeurs culturelles fondamentales liées à la prise de décisions sinon ils risquent d'ébranler le principe fondamental de l'autonomie gouvernementale.

Il convient ensuite de se demander pourquoi la plupart des collectivités autochtones ne sont pas autonomes et pourquoi il est si difficile de rétablir l'autonomie gouvernementale là où elle est faible ou inexistante. Malheureusement, la réponse se trouve dans l'histoire coloniale touchant la relation des peuples autochtones avec l'État canadien. Je dis « malheureusement », car il est devenu, dans une certaine mesure, démodé de blâmer le colonialisme et l'histoire pour les problèmes qui affligent les collectivités autochtones aujourd'hui. Bien que les gouvernements

the misery in Aboriginal communities — witness the residential school legacy — contemporary thinking and policy development favours a more forward-looking approach.

However, colonization is about much more than historical mistakes that cannot be changed. Aboriginal communities once exercised complete authority over lands and resources. These self-governing nations were not utopias. Conflict occurred in and among diverse communities. Some members benefited from traditional political structures more than others but, in general, governance structures had evolved to provide the maximum benefits to the majority of community members, and the evidence suggests that the health status of pre-colonial Aboriginal nations in Canada was enviable by today's standards.

Colonization as an historical process works on two levels. On the most obvious level, it works to remove the levers of decision-making and ownership of resources from the hands of the people and puts these decisions and resources in the hands of a foreign or occupying nation. On a less obvious level, colonization captures the soul of a people, undermining a sense of self-efficacy and being able to determine a future at the individual, community and societal levels. Again, the evidence is clear that this loss of self-efficacy or personal and community autonomy can have a profound effect on health outcomes at all levels.

Canadian governments over the past 50 years have made some effort at decolonization, establishing community governments and resolving land claims, but the impact of colonization remains as a primary barrier to achieving self-determination in Aboriginal communities and, as a consequence, I would submit, the primary barrier to reducing health inequities.

There have been many attempts over the past decade to develop solutions to the colonial legacy and to achieve self-government in Aboriginal communities. In particular, the Royal Commission on Aboriginal Peoples a decade ago addressed the same question that we are addressing today, and it reviewed similar evidence and drew similar conclusions, as you will hear in the other presentations before you. Here we are again engaged in a similar discussion with potentially similar outcomes: agreement on the roots of the problem but unwillingness to tackle the fundamental determinant of health inequities in Aboriginal communities.

You will hear in other presentations before you descriptions of important efforts by different government departments to tackle this issue. Health programs are being transferred to community control. Programs are in place to foster self-esteem and cultural pride in children, but I submit that however well-intentioned these programs are, they do not address the root causes of the problems, the causes of the causes of the causes. I fear that if we

actuels peuvent reconnaître que les erreurs du passé sont largement responsables de la misère qui sévit dans les collectivités autochtones — les séquelles des pensionnats indiens en témoignent —, la pensée et l'élaboration des politiques modernes privilégient une approche davantage tournée vers l'avenir.

Cependant, la colonisation ne se limite pas aux erreurs historiques qui ne peuvent être changées. Les collectivités autochtones exerçaient à une certaine époque la pleine autorité sur leurs terres et leurs ressources. Ces nations autonomes ne sont pas des utopies. Le conflit s'est manifesté au sein d'une même collectivité et entre diverses collectivités. Certains membres ont profité plus que d'autres des structures politiques traditionnelles mais, de façon générale, les structures de gouvernance avaient évolué de manière que la majorité des membres de la collectivité puissent en profiter au maximum. Les faits donnent à penser que l'état de santé des nations autochtones au Canada avant la colonisation était enviable selon les normes d'aujourd'hui.

Le colonialisme en tant que processus historique fonctionne à deux niveaux. Au niveau plus évident, elle retire la prise de décisions et la propriété des ressources aux peuples pour les remettre entre les mains d'une nation étrangère ou occupante. À un niveau moins évident, le colonialisme s'empare de l'âme d'un peuple, sapant le sentiment d'autoefficacité et la capacité de déterminer l'avenir d'un particulier, d'une collectivité et d'une société. Là encore, les faits montrent clairement que cette perte d'autoefficacité ou d'autonomie de la personne et de la collectivité peut avoir des effets profonds sur la santé à tous les égards.

Au cours des 50 dernières années, les gouvernements canadiens ont fait des efforts de décolonisation en créant des gouvernements communautaires et en réglant des revendications territoriales, mais les effets du colonialisme demeurent un obstacle principal à la mise en œuvre de l'autonomie gouvernementale dans les collectivités autochtones et, à mon avis, le principal obstacle à la réduction des inégalités au chapitre de la santé.

Nous avons essayé à maintes reprises au cours de la dernière décennie de trouver des solutions à l'héritage colonial et d'instaurer l'autonomie gouvernementale dans les collectivités autochtones. Plus particulièrement, il y a une dizaine d'années, la Commission royale sur les peuples autochtones s'est attardée à la question que nous étudions aujourd'hui, a passé en revue des faits semblables et a tiré des conclusions similaires, comme vous l'entendrez dans d'autres exposés qui vous seront présentés. Nous sommes encore une fois engagés dans une discussion semblable qui aboutira probablement aux mêmes résultats : nous nous entendons sur les sources du problème mais nous ne voudrions pas nous attaquer au déterminant fondamental des inégalités en matière de santé dans les collectivités autochtones.

Dans d'autres exposés, on vous décrira les efforts considérables déployés par différents ministères pour régler le problème. La responsabilité des programmes de santé est transférée aux collectivités. Des programmes sont en place pour promouvoir l'estime de soi et la fierté culturelle chez les enfants, mais je signale que même si ces programmes sont motivés par de bonnes intentions, ils ne s'attaquent pas à la source des problèmes ou

continue in this tradition of tinkering with the policy and program levers of the bureaucracy to address a fundamental structural issue in Canadian statecraft, we, or at least our children, will be gathered around tables like these in 10 years addressing the same questions and bemoaning the lack of progress.

Although I have argued that the processes for achieving a simple solution of self-government as the social determinant of health equity in Aboriginal communities are complex, I would like to propose some simple but not necessarily original solutions.

First, Aboriginal communities must have more flexible authority over the resources available to them to strengthen local social, economic and cultural conditions in ways that relate to health outcomes. I believe that one way to achieve this is to reconsider the current state separation of administering social determinant resources separate from health resources. Before you today are representatives from several federal departments, and these departments are committed to progressive policies that reflect population health models that we are discussing, but coordination across these departments in the context of a population health model remains an illusion. At the community level, dependence and accountability for resources to address social determinants is structurally separate from accountability for improving health outcomes. This seems to me to be fundamentally contradictory to all of the evidence before you on this issue.

Second, a restructuring of the federal responsibility for improving coordination of resources across multiple agencies and jurisdictions must occur subject to Aboriginal authority. Aboriginal self-government must be supported to function at the community, regional and national levels, and federal programs and resource allocation must be accountable to Aboriginal authorities at all of these levels.

Third, the resource base that should be historically available to Aboriginal social development must be honoured and equitably accessible. It is a myth that Aboriginal communities are poor. Although there are exceptions, most Aboriginal nations occupy territory that produces most of the wealth of this country. Resolving land claims, recognizing treaty rights and developing agreements that equitably distribute this wealth should be the first priority in order to strengthen the social determinant infrastructure of Aboriginal communities.

If I have time, and I think I do, I would mention two global examples of situations where indigenous peoples have achieved a higher degree of self-government than we have in Canada and, as a result, have better health outcomes. The first example is the Maori of New Zealand. Maori self-government is recognized constitutionally in New Zealand, and Maori institutional

aux causes des causes des causes. Je crains que si nous continuons de jouer avec les leviers des politiques et des programmes de la bureaucratie pour corriger un problème structurel fondamental dans la gouvernance canadienne, nous ou, à tout le moins, nos enfants devons nous réunir dans dix ans pour discuter des mêmes questions et dénoncer l'absence de progrès.

Même si j'ai soutenu que le processus pour trouver une solution simple d'autonomie gouvernementale en tant que déterminant social d'équité en matière de santé dans les collectivités autochtones est complexe, j'aimerais proposer quelques solutions simples, mais pas nécessairement originales.

Premièrement, les collectivités autochtones doivent jouir d'un pouvoir plus souple sur les ressources mises à leur disposition pour renforcer les conditions sociales, économiques et culturelles locales liées à la santé. À mon avis, une façon d'y parvenir est de revoir l'administration de l'État qui gère actuellement les ressources affectées aux déterminants sociaux distinctement des ressources affectées à la santé. Des représentants de plusieurs ministères fédéraux sont ici aujourd'hui et ces ministères adhèrent à des politiques progressistes qui sont représentatives des modèles en matière de santé de la population dont nous discutons actuellement, mais la coordination d'un modèle en matière de santé de la population uniforme pour tous ces ministères demeure une illusion. À l'échelle communautaire, la dépendance et la responsabilité des ressources affectées aux déterminants sociaux sont structurellement distinctes de la responsabilité d'améliorer l'état de santé. À mon avis, cela semble contredire fondamentalement toutes les données qui sont devant vous sur cette question.

Deuxièmement, il faut réorganiser la responsabilité du gouvernement fédéral pour améliorer la coordination des ressources parmi une multitude d'agences et d'administrations sous l'autorité autochtone. L'autonomie gouvernementale des Autochtones doit être mise en œuvre à l'échelle communautaire, régionale et nationale, et les programmes fédéraux et l'affectation des ressources doivent être imputables devant les autorités autochtones à tous ces paliers.

Troisièmement, les ressources qui devraient être historiquement disponibles pour le développement social des Autochtones doivent leur être remises et être équitablement accessibles. La pauvreté des collectivités autochtones est un mythe. Même s'il y a des exceptions, la plupart des nations autochtones occupent un territoire qui produit la majorité de la richesse du pays. Le règlement des questions relatives aux revendications territoriales, la reconnaissance des droits issus de traités et l'établissement d'accords visant la distribution équitable de cette richesse devraient être la priorité pour renforcer l'infrastructure des déterminants sociaux des collectivités autochtones.

Si j'ai assez de temps, et je crois que c'est le cas, je citerais deux exemples dans le monde où des Autochtones ont obtenu une plus grande autonomie gouvernementale que nous au Canada et, par conséquent, ont une santé meilleure. Tout d'abord, prenons les Maoris en Nouvelle-Zélande. L'autonomie gouvernementale des Maoris est reconnue constitutionnellement en Nouvelle-Zélande.

development across all sectors is significantly ahead of virtually all other indigenous nations. Maori health outcomes are certainly not ideal, but they are better in comparison to similar indigenous indicators in Australia, Canada and the U.S.

The second example is more complex. Two years ago I visited indigenous villages in a region of Colombia controlled by anti-government, paramilitary forces. The Colombia government no longer exercises authority in this region, and indigenous communities who once were part of governance systems much like Canada's are now essentially completely autonomous. They have done two things in response. One is to re-establish traditional trading systems across villages to ensure agricultural and renewable resources are equitably distributed. The second is to establish an organization outside their territory that contracts with the central government to provide health and social services on a per capita basis. The federal government simply provides the funding and does not expect accountability because the villages are beyond their jurisdiction in a practical sense. This organization has established primary health care services that integrate traditional medicine across the region and they serve nearly three times the population that is recognized in their government contract. Although we are still in the process of documenting the health impacts of these systems, early evidence suggests that these villages are among the healthiest in Colombia.

To conclude, the Royal Commission on Aboriginal Peoples made similar arguments to what I have proposed here and 10 years later we have made some progress at the community levels. We are beginning to address this issue at the regional or provincial level, but at the national level Aboriginal authorities remain largely advisory and their authority waxes and wanes, dependent on the political interests of the federal government. Equitable resource distribution remains contentious. Some land claims have been settled but most remain unsolved, and conflict continues over access to traditional lands. Aboriginal health inequities continue to be the number one public health problem in the country.

Thank you for the opportunity to speak to you today. I sincerely hope these discussions contribute to new approaches to restoring Aboriginal self-government as the primary determinant of improved health outcomes in Aboriginal communities and nations.

Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada: Thank you for inviting me today. Thank you for choosing to discuss Aboriginal issues in the context of your work. A discussion of social determinants in Canada needs to include the stories of First Nations and Inuit people. While I cannot relate their stories, I can tell you about

Le développement institutionnel des Maoris dans tous les secteurs a une bonne longueur d'avance sur celui de presque toutes les autres nations autochtones. Les résultats en matière de santé des Maoris ne sont certainement pas idéaux, mais sont supérieurs à des indicateurs semblables chez les Autochtones en Australie, au Canada et aux États-Unis.

Le second exemple est plus complexe. Il y a deux ans, j'ai visité des villages autochtones dans une région de la Colombie sous l'autorité de forces paramilitaires, antigouvernementales. Le gouvernement de la Colombie n'exerce plus aucune autorité dans cette région et les collectivités autochtones qui faisaient autrefois partie des systèmes de gouvernance très semblables à ceux du Canada sont maintenant totalement autonomes. Ils ont pris deux mesures suite à ce changement. D'une part, ils ont rétabli les systèmes de commerce traditionnels entre les villages pour veiller à ce que les ressources agricoles et renouvelables soient distribuées équitablement. D'autre part, ils ont créé une organisation à l'extérieur de leur territoire qui conclut des contrats avec le gouvernement central pour offrir des services sociaux et de santé selon la proportion de la population. Le gouvernement fédéral ne fait que fournir le financement et ne s'attend à aucune reddition de comptes parce que les villages ne relèvent pas de sa compétence, à toutes fins pratiques. Cette organisation a mis sur pied des services de soins de santé primaires qui intègrent la médecine traditionnelle dans toute la région et dessert près de trois fois la population qui est prévue dans son contrat avec le gouvernement. Même si nous sommes encore en train de documenter les effets de ces systèmes sur la santé, des données préliminaires donnent à penser que ces villages sont parmi les plus en santé de la Colombie.

Pour terminer, la Commission royale sur les peuples autochtones avait invoqué des arguments semblables à ceux que j'ai proposés ici et, dix ans plus tard, nous avons réalisé des progrès à l'échelle communautaire. Nous commençons à nous attaquer au problème à l'échelle régionale ou provinciale mais, à l'échelle nationale, les autorités autochtones jouent encore un rôle surtout consultatif et leur autorité connaît des hauts et des bas, selon les intérêts politiques du gouvernement fédéral. La distribution équitable des ressources reste un sujet litigieux. Certaines revendications territoriales ont été réglées, mais la plupart ne le sont toujours pas et le conflit entourant l'accès aux terres traditionnelles se poursuit. Les iniquités en matière de santé dont font l'objet les Autochtones continuent d'être le principal problème en santé publique au pays.

Je vous remercie de me permettre de témoigner devant vous aujourd'hui. J'espère sincèrement que ces discussions favoriseront l'adoption de nouvelles approches au rétablissement de l'autonomie gouvernementale autochtone comme principal déterminant d'une santé meilleure dans les collectivités et nations autochtones.

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada : Je vous remercie de l'invitation. Je vous suis reconnaissant d'avoir choisi de discuter des questions touchant les Autochtones dans le cadre de vos travaux. Tout débat sur les déterminants sociaux au Canada ne peut ignorer l'histoire des Premières nations et des

how we in Health Canada have been working in partnership with First Nations and Inuit and what we have learned from those partnerships, as well as what we have learned and applied from the evidence base on social determinants of health.

[Translation]

Our mandate at the First Nations and Inuit Health Branch is to improve health outcomes for Aboriginal people, to ensure access to health care services, and also to support greater control for First Nations and Inuit over the health system. A major focus for us is health care services, which are included among the determinants of health.

However, as you know and have heard from other presentations, there are a number of other factors that have a major impact on health status.

[English]

You have heard about Michael Marmot's research in relation to health and social ranking. He demonstrated that people rank according to their social position and this is linked to their health status and life expectancy. There is a gradient from top to bottom which applies in Canada as well. The extent of social marginalization of Aboriginal people is reflected in health disparities in Canada.

Although there have been significant improvements in the health status of Aboriginal people in Canada, their health status continues to fall well below that of the general population. This is related to many of the same determinants that affect people in all societies: income, education, employment and housing.

The social and economic status of Aboriginal peoples is lower than that of non-Aboriginal people in general. Educational attainment is lower, fewer people are employed and average incomes are lower. These data are from the Canadian Population Health Initiative, CPHI, and Statistics Canada. There are also gaps in social and economic supports for early childhood development, which is another important determinant of health.

[Translation]

To add to the complexity of the situation, there are some historical factors that are particular to Aboriginal people and that are quite distinct from factors that affect other marginalized groups in Canada. The health status of Aboriginal people in Canada is affected by unique determinants related to the history of colonization, and their efforts to regain some level of self-determination and community control.

[English]

Professor Marmot found that what determines different rates of disease has much more to do with how much control you have over your life circumstances and the degree to which you are able to participate fully in society; that is called capabilities.

Inuits. Je ne peux pas vous raconter leur histoire, mais je peux vous dire que nous travaillons de concert avec les Premières nations et les Inuits et que nous avons tiré des enseignements de ces partenariats ainsi que des travaux menés sur les déterminants sociaux de la santé.

[Français]

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a pour mandat d'améliorer la santé des Autochtones, d'assurer l'accès aux services de la santé et de soutenir un contrôle accru du système de santé pour les Premières nations et les Inuits. Nous plaçons au centre de nos préoccupations les services de soin de santé, qui sont au nombre des déterminants de la santé.

Comme vous le savez et comme d'autres témoins vous l'auront indiqué, d'autres facteurs ont aussi une incidence majeure sur l'état de la santé.

[Traduction]

Vous connaissez les travaux de Michael Marmot, qui a mis en évidence les liens existant entre, d'une part, le statut social et, d'autre part, la santé et l'espérance de vie. Les inégalités s'accroissent plus on descend dans l'échelle sociale, ce qui est aussi vrai au Canada, où les disparités en matière de santé sont révélatrices de la marginalisation sociale des peuples autochtones.

Même si l'état de santé des Autochtones s'est sensiblement amélioré au Canada, il reste bien inférieur à celui de la population générale, ce qui est lié à un grand nombre des mêmes déterminants qui ont une incidence sur les gens dans toutes les sociétés : le revenu, l'éducation, l'emploi et le logement.

Le statut social et économique des peuples autochtones est inférieur à celui des autres Canadiens en général. D'après les données de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) et de Statistique Canada, la performance scolaire est plus faible, moins de gens ont un emploi et le revenu moyen est plus bas. De plus, tous ces facteurs ont une incidence sur le développement des jeunes enfants, un autre déterminant important de la santé.

[Français]

Pour compliquer davantage la situation, certains facteurs historiques sont propres aux peuples autochtones et différents de ceux qui influencent d'autres groupes marginalisés au Canada. L'état de santé des peuples autochtones au Canada est lié à des déterminants particuliers par rapport à la colonisation et aux efforts déployés par les Autochtones pour retrouver un certain degré d'autodétermination et de contrôle de leur communauté.

[Traduction]

M. Marmot a constaté que les différents taux de maladies sont davantage tributaires du degré de contrôle de son propre destin et de la capacité de participer pleinement à la société, ce qu'on appelle les capacités

Canadian researchers Chandler and Lalonde did some work in this area and demonstrated that "the risk of suicide in First Nations youth is strongly associated with the ways in which these young persons undertake to construct and defend a sense of identity that allows them to survive . . . despite often dramatic individual and cultural change."

Chandler and Lalonde identified six markers: self-government, participation in land claims, education, health, cultural activities, and the management of police and fire. They demonstrate that the variability in suicide rates across native communities is associated with the efforts of these communities to regain control of their cultural life and to regain a sense of cultural continuity. Communities that have taken active steps to preserve and rehabilitate their own cultures are also those communities in which youth suicide rates are dramatically lower or nonexistent; they just do not have them.

[Translation]

In a similar vein, through the Harvard Project in the U.S., professors Cornell and Kalt have found that among American Indian communities, sovereignty is positively associated with stronger economic and social development, which encompasses a number of important health determinants.

The programs of the First Nations and Inuit Health Branch reflect the evidence base on health determinants in four key areas: health services, healthy childhood development, aboriginal control and cultural continuity.

[English]

We have been working with First Nations and Inuit partners and provinces and territories to improve the access and quality of services for promoting and protecting health as well as health care. This means better integration of services between the various players that deliver services, as well as increasing First Nations and Inuit capacity to participate in the design, delivery and governance of services. We have increased the number of and access to nursing services in many of our communities. We are currently working with the B.C. government and B.C. First Nations to develop a tripartite agreement that we believe will improve health services and, ultimately, the health status of B.C. First Nations.

Experiences in the early years lay the foundation for a child's development, affecting lifelong health, well-being and learning outcomes. During this period, critical neurological developments related to functions such as vision, emotional control and language take place. While conditions are improving, the general health status of Aboriginal children in Canada ranks below the national average.

Certains travaux des chercheurs canadiens Chandler et Lalonde ont porté sur cette question et ont montré que le risque de suicide chez les jeunes Autochtones est fortement lié aux moyens qu'ils prennent pour se forger et défendre un sentiment d'identité qui leur permet de survivre... souvent malgré d'énormes changements individuels et culturels.

Chandler et Lalonde ont défini six indicateurs : l'autonomie, la revendication territoriale, l'éducation, la santé, les activités culturelles et la gestion des services de police et d'incendie. Ils montrent que la variabilité du taux de suicide dans les collectivités autochtones de tout le pays est associée aux efforts qu'elles déploient pour reprendre contrôle de leur vie culturelle et recréer un sentiment de continuité culturelle. Les communautés qui ont pris des mesures énergiques pour préserver et réhabiliter leur culture sont également les communautés où le taux de suicide chez les jeunes est nettement inférieur ou inexistant; ils n'en ont tout simplement pas.

[Français]

Dans le même ordre d'idée, les professeurs Cornell et Kalt ont constaté, dans le cadre du projet American Harvard, que chez des communautés amérindiennes des États-Unis la souveraineté va de pair avec un développement économique et social plus solide, ce qui englobe un certain nombre de déterminants importants de la santé.

Les programmes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits rendent des comptes à la base de données probante sur la détermination de la santé dans quatre domaines en particulier : les services de santé, le développement des enfants en santé, le contrôle exercé par les Autochtones et la continuité culturelle.

[Traduction]

Nous collaborons avec nos partenaires des Premières nations et nos partenaires inuits ainsi qu'avec les provinces et les territoires pour améliorer la qualité des services de promotion et de protection de la santé et de soins de santé, de même que l'accès à ces services. Cela suppose une meilleure intégration des services entre les divers intervenants qui fournissent les services et le renforcement de la capacité des Premières nations et des Inuits de participer à l'élaboration, à la prestation et à la gestion des services. Nous avons augmenté le nombre de services infirmiers dans un grand nombre de nos communautés et en avons amélioré l'accès. À l'heure actuelle, nous travaillons de concert avec les Premières nations et le gouvernement de la Colombie-Britannique à l'élaboration d'un accord tripartite qui, à notre avis, améliorera les services de santé et, au bout du compte, l'état de santé des Premières nations de cette province.

Les expériences vécues au cours des premières années établissent les bases du développement de l'enfant et influent sur la santé, le mieux-être et l'apprentissage tout au long de la vie. Pendant cette période, d'importants développements neurologiques liés à la vue, à la maîtrise des émotions et au langage surviennent. Même si les conditions s'améliorent, l'état de santé général des enfants autochtones est inférieur à la moyenne canadienne.

We are working with mothers and infants, as well as young children, through a couple of programs I will mention. One is Maternal and Child Health, a program that has a long-term goal of supporting pregnant First Nations women and families with infants and young children who live on reserve to reach their fullest developmental and lifetime potential. The Maternal and Child Health Program realizes this goal through providing home visits by nurses during pregnancy, post-partum and early childhood; service coordination for families with special needs; and increased access to health promotion activities. We have allocated \$110 million over five years to this program improvement.

The second area of focus is Aboriginal Head Start On Reserve, AHSOR. That program provides early childhood intervention that targets the needs of young First Nations children up to six years of age. The primary goal of the program is to demonstrate that locally controlled and designed intervention strategies can provide First Nations preschool children with a positive sense of themselves, a desire for learning, and opportunities to develop fully and successfully as young people. We are expanding this program and are now spending \$57.3 million per year, providing services to 9,400 children in over 330 communities. This preschool intervention supports the development of the physical, intellectual, social, spiritual and well-being of First Nations children.

To date, some additional observed benefits of the program include a positive change in children's attitudes as they learn to socialize and utilize the basic skills they require in school; First Nation language development and use; the provision of nutritious foods for children and the education of their parents and staff about the relationship between nutrition and a child's capacity to learn and develop. Promoting physical activity is a key curriculum component at all sites, often in response to the growing concern regarding the early onset of type 2 diabetes.

We continue to work with Indian and Northern Affairs Canada on self-government agreements and to ensure that issues related to health are addressed. Within our mandate in Health Canada, we support the transfer of health services to First Nations and Inuit communities, which involves gradually removing control of resources and responsibilities for community health services and programs into the hands of First Nations communities. Health Canada has been transferring the responsibility of health services since 1988, and to date more than 80 per cent of First Nations communities are involved in this continuum of control. Most of them have taken over the day-to-day delivery of health services on reserve.

Nous intervenons auprès des mères, des nourrissons et des jeunes enfants par l'entremise de quelques programmes que je vais mentionner. L'un est le Programme de santé maternelle et infantile qui vise à offrir un soutien à long terme aux femmes enceintes des Premières nations et aux familles ayant des nourrissons et des jeunes enfants qui vivent dans les réserves afin que leur progéniture atteigne un plein potentiel de développement tout au long de leur vie. Pour ce faire, le programme comprend des visites à domicile pendant la grossesse, après la naissance et durant la petite enfance, offre des services de coordination à l'intention des enfants ayant des besoins particuliers et de leur famille et facilite l'accès aux activités de promotion de la santé. Nous avons alloué 110 millions de dollars sur cinq ans pour améliorer le programme.

La deuxième priorité est le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones vivant dans les réserves (PAPAR). Ce programme offre une intervention durant la petite enfance qui vise à répondre aux besoins des jeunes enfants des Premières nations âgés de six ans et moins. Son principal objectif est de montrer que des stratégies élaborées et dirigées localement sont en mesure d'inculquer aux enfants autochtones d'âge préscolaire un sentiment de fierté et le désir d'apprendre, et de leur donner la possibilité de se développer pleinement et de réussir. Nous élargissons ce programme et dépensons actuellement 57,3 millions de dollars par année pour desservir 9 400 enfants dans plus de 330 collectivités. Cette intervention à l'âge préscolaire favorise le mieux-être et le développement physique, intellectuel, social et spirituel des enfants des Premières nations.

À ce jour, le programme entraîne également d'autres effets bénéfiques, parmi lesquels citons : un changement d'attitudes positif à mesure que les enfants apprennent à socialiser et à utiliser les compétences de base nécessaires à la réussite scolaire; l'apprentissage et l'usage des langues des Premières nations; l'approvisionnement en aliments nutritifs et la sensibilisation des parents et du personnel à la relation qui existe entre les besoins nutritionnels et la capacité de l'enfant d'apprendre et de se développer. La promotion de l'activité physique est un élément clé offert à tous les sites, souvent en réponse à l'aspect préoccupant de la manifestation précoce du diabète de type 2.

Nous continuons de collaborer avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien sur les accords d'autonomie gouvernementale afin que les questions liées à la santé soient prises en compte. Dans le cadre de notre mandat, nous soutenons le transfert des services de santé aux collectivités des Premières nations et des Inuits, ce qui comprend le transfert progressif des ressources et de la responsabilité des services et des programmes. Santé Canada a commencé à transférer la responsabilité de la prestation des services de santé en 1988 et jusqu'ici, plus de 80 p. 100 des collectivités des Premières nations participent au processus du « continuum de contrôle ». La plupart d'entre elles ont pris la relève de la prestation quotidienne des services de santé dans les réserves.

[Translation]

Greater control is phased in over time through a capacity-building approach. This includes a comprehensive assessment of community readiness — experience, strengths and weaknesses in program and financial management — in order to take on more responsibility for planning and managing their health programs. Over time, recipients may wish to move to a higher or lower degree of control as their capacity and circumstances change. The First Nations and Inuit perspective on health is distinguishable by a strong holistic emphasis. This includes not only broad social and economic determinants of health, but also cultural distinctions that play an important role in maintaining health at the level of the individual, the family and the community. Integral to such an approach is enabling the First Nations and Inuit to have an effective role in the planning and delivery of their health services.

[English]

First Nations and Inuit Health Branch is working with partners and communities to explore innovative approaches to service to promote the integration of Western and indigenous knowledge. This will increase access to culturally appropriate services and blends traditional and Western approaches, enabling a holistic continuum of health services.

A primary goal of our Aboriginal Health Human Resources Initiative is to increase access to culturally appropriate services. The initiative aims to increase the number of First Nations, Inuit and Metis health professionals and paraprofessionals. We are exploring conditions conducive to the retention of First Nations, Inuit and Metis health care workers and to provide non-Aboriginal health care workers working in First Nations communities with the cultural competencies that can improve their health services.

The First Nations and Inuit Health Branch has been supporting research such as that related to the work of the World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. Policy papers on First Nations, Inuit and Metis have been written and will ensure that any discussion of inequities includes Canadian Aboriginal perspectives as well as global perspectives on the determinants of indigenous health.

[Translation]

At the end of the month, we will be participating in a symposium being hosted by Australian Commissioner Fran Baum. We have supported the development of policy papers from the First Nations, Inuit, and Metis perspective that will form the basis of Canada's contribution to the discussion. A consolidated report from that symposium is expected to form the basis of a presentation on a global perspective on indigenous health.

[Français]

Le transfert se fait progressivement à la faveur du renforcement des capacités des bénéficiaires. Cela comprend des évaluations exhaustives de l'état de préparation de la communauté, expérience, forces et faiblesses et en gestion des programmes et des finances, pour ce qui est d'assurer une responsabilité accrue dans la planification et la gestion des programmes de santé. Avec le temps, le bénéficiaire peut accroître ou diminuer son niveau de contrôle en fonction de la capacité et de la situation. La perspective des Premières nations et des Inuits en matière de santé se distingue en mettant nettement l'accent sur les approches holistiques, ce qui comprend non seulement les déterminants sociaux et économiques généraux de la santé, mais également les aspects culturels qui jouent un rôle important dans le maintien de la santé individuel, familial et communautaire. Une telle approche doit essentiellement permettre aux Premières nations et aux Inuits de jouer un rôle réel dans la planification et dans la prestation de leurs services de santé.

[Traduction]

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits travaille de concert avec des partenaires et des collectivités pour trouver des approches novatrices à l'égard des services pour favoriser l'intégration du savoir occidental et autochtone, ce qui améliorera l'accès à des services adaptés à la réalité culturelle et alliera les approches traditionnelles et occidentales en permettant d'offrir un continuum de services de santé plus holistique.

L'un des principaux objectifs de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone est d'accroître l'accès à des services adaptés à la réalité culturelle. Cette initiative vise à accroître le nombre de membres des Premières nations, d'Inuits et de Métis qui choisissent de devenir des professionnels ou des paraprofessionnels de la santé. Nous examinons également les conditions qui seraient propices pour maintenir en poste les travailleurs de la santé des Premières nations et des collectivités inuites et métisses et les travailleurs de la santé non autochtones qui oeuvrent dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a soutenu la recherche, notamment dans le cadre des travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé. Des documents d'orientation ont été rédigés sur les Premières nations, les Inuits et les Métis, qui feront en sorte que tout débat sur les disparités tienne compte du point de vue des Autochtones du Canada ainsi que d'une perspective mondiale des déterminants de la santé autochtone.

[Français]

À la fin du mois, nous participerons à un symposium dont l'hôte sera le commissaire australien, M. Fran Baum. Nous avons appuyé l'élaboration de documents d'orientation adoptant le point de vue des Premières nations, des Inuits et des Métis qui formeront la base de la contribution du Canada au débat. Un rapport de synthèse du symposium devrait servir de point de départ à une communication portant sur une perspective mondiale de la santé des Autochtones.

[English]

This presentation will be given to the WHO commissioners when they meet in Vancouver in June.

These are some of the initiatives that the First Nations and Inuit Health Branch have in place within our own mandate, which build upon the evidence related to social determinants of health. At the interdepartmental level, our approach is to work closely with other departments and agencies to promote intersectoral action on the social determinants of Aboriginal health.

Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division, Strategic Policy Directorate, Public Health Agency of Canada: Thank you. I am pleased to be here today on behalf of the Public Health Agency of Canada to speak to the social and other determinants of health affecting Canada's Aboriginal communities.

Since you have previously heard about the agency from Dr. Sylvie Stachenko, I will not review the agency's mission and mandate in detail. However, I will take a moment to outline our key roles and relate those to our work on the social determinants and in turn the health inequalities experienced by Canada's First Nations, Inuit and Metis peoples.

Our mission is to promote and protect the health of all Canadians, including Aboriginal peoples, through leadership, partnership, innovation and action in public health. The agency's primary role is to work in collaboration with its partners to mobilize pan-Canadian initiatives, including unique federal efforts, in preventing disease and injury as well as promoting and protecting national and international public health. This work includes facilitating multi-sectoral efforts to advance action on the social determinants of health.

The agency is firmly committed to addressing the health inequalities experienced by First Nations, Inuit and Metis peoples. We take the approach of working with partners from the health portfolio, national and regional Aboriginal organizations, provincial and territorial governments and the international arena.

While we need to deepen our knowledge of the complexities of the issues, excellent work is currently being done to better understand the determinants of health for all Canadians. However, as you have heard, there are unique historical governance and cultural dimensions that converge to exacerbate these forces with respect to Aboriginal peoples, negatively affecting determinants such as access to health care and appropriate individual, family and community supports. Continued collaborative efforts are needed to better understand the interplay of those determinants so that we can more effectively address them, including those impacting urban and other off-reserve Aboriginal peoples.

[Traduction]

Cet exposé sera présenté aux Commissaires de l'OMS au moment de leur rencontre à Vancouver, en juin.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a mis en place, dans le cadre de son mandat, des initiatives qui s'appuient sur les données liées aux déterminants sociaux de la santé. À l'échelon interministériel, notre approche consiste à collaborer étroitement avec les autres ministères et organismes afin de favoriser une démarche intersectorielle en matière de déterminants sociaux de la santé autochtone.

Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats, Direction des politiques stratégiques, Agence de santé publique du Canada : Merci. J'ai le plaisir d'être ici aujourd'hui au nom de l'Agence de santé publique du Canada pour parler de l'incidence des déterminants sociaux de la santé sur les collectivités autochtones du Canada.

Puisque Mme Sylvie Stachenko vous a déjà parlé de l'agence, je ne reverrai pas la mission et le mandat de l'agence en détail. Toutefois, je prendrai un instant pour souligner nos rôles clés et notre travail relatif aux déterminants sociaux afin de corriger les inégalités en matière de santé chez les Premières nations, les Inuits et les Métis.

Notre mission est de promouvoir et de protéger la santé de tous les Canadiens, y compris des Autochtones, grâce au leadership, au partenariat, à l'innovation et à l'action en santé publique. Le rôle principal de l'agence est de travailler en collaboration avec ses partenaires pour mobiliser des initiatives pancanadiennes, y compris des efforts fédéraux uniques, afin de prévenir les maladies et les blessures ainsi que pour promouvoir et protéger la santé publique nationale et internationale. Ce travail comprend les efforts multi-sectoriels pour faire progresser les mesures prises à l'égard des déterminants sociaux de la santé.

L'agence s'est fermement engagée à corriger les inégalités en matière de santé chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, en travaillant avec des partenaires du portefeuille de la santé, des organisations autochtones régionales et nationales, les gouvernements provinciaux et territoriaux et de la scène internationale.

Bien que nous devions approfondir notre connaissance des complexités des problèmes, un excellent travail est en cours pour mieux comprendre les déterminants de la santé pour tous les Canadiens. Toutefois, comme vous l'avez déjà entendu, des dimensions de gouvernance historique et culturelles uniques convergent pour exacerber ces forces concernant les Autochtones, qui ont des effets négatifs sur des déterminants comme l'accès aux soins de santé et le soutien individuel, familial et communautaire approprié. Des efforts de collaboration continus sont nécessaires pour mieux comprendre l'interaction de ces différents déterminants de sorte que nous puissions les corriger plus efficacement, y compris ceux qui influent sur les Autochtones en milieu urbain et hors réserve.

The agency has supported work on the determinants of Aboriginal health in a number of ways. For example, we were instrumental in establishing and are continuing to support the creation and operation of the National Collaborating Centre for Aboriginal Health, which has the mandate to generate, synthesize and transfer public health knowledge.

This centre was specifically created to increase the capacity of Aboriginal people to address their determinants of health through facilitating the development and exchange of information to inform policies, practices and future public health interventions. The centre is guided by a national advisory committee that includes, importantly, public health experts from the Assembly of First Nations, the Inuit Tapiriit Kanatami, ITK, the Metis National Council and the Government of Nunavut.

The agency has also established and provides ongoing support to the Canadian Reference Group on Social Determinants of Health, which includes Aboriginal and First Nations and Inuit Health Branch representatives. One initiative currently underway, which Mr. Potter referred to, is exploring self-determination as a determinant of Aboriginal health both globally and in Canada. This important project will be reported on in June 2007 in Vancouver.

Within the broader federal health portfolio, Health Canada plays a key role in addressing health issues facing all Aboriginal peoples. This role is led and coordinated by the First Nations and Inuit Health Branch, and you have already heard much about this from Mr. Potter. I would like to emphasize that the agency and this branch have been building a collaborative and effect relationship at the program level working with Aboriginal organizations to address First Nations public health issues, such as pandemic planning and the prevention and control of HIV and AIDS, tuberculosis, diabetes and cancer.

In the context of our broader policy work, the agency has begun to engage bilaterally with the AFN and ITK and will be meeting with other national and regional Aboriginal organizations to discuss public health issues and to work more effectively together to address these.

Within the context of the federal-provincial-territorial collaboration required, the Public Health Network is in place and supported by the agency and represents the key mechanism for federal-provincial-territorial collaboration and coordination on public health issues while respecting jurisdictional responsibilities in public health. The network council, its senior and central governance body, has been working with national Aboriginal organizations on opportunities for appropriate inclusion of Aboriginal health expertise and advice in the work of the network and its expert group substructure.

The agency is also working with Health Canada, a number of provinces and territories and national Aboriginal organizations as a member of two advisory committees to the Aboriginal Health Transition Fund being managed by a secretariat within Mr. Potter's branch. This initiative is intended to address the gaps

L'agence a soutenu le travail sur les déterminants de la santé des Autochtones de bien des façons. Par exemple, nous avons joué un rôle essentiel et avons appuyé la création du Centre national de collaboration de la santé autochtone, qui a le mandat de produire et de transférer les connaissances sur la santé publique.

Le centre a été établi précisément pour accroître la capacité des Autochtones à examiner leurs déterminants de la santé en facilitant l'élaboration et l'échange de renseignements pour éclairer les politiques, les pratiques et les interventions futures en santé publique. Le centre est guidé par un comité consultatif national composé d'experts de la santé publique de l'Assemblée des Premières Nations, de l'Inuit Tapiriit Kanatami, du Ralliement national des Métis et du gouvernement du Nunavut.

L'agence a également formé un Groupe de référence canadien sur les déterminants sociaux de la santé comprenant des Autochtones et des représentants de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, et offre un soutien constant à ce groupe. Une initiative menée actuellement, que M. Potter a mentionnée, explore l'autonomie comme déterminant de la santé autochtone au Canada et dans le monde entier, qui fera l'objet d'un rapport en juin 2007 à Vancouver.

Dans le vaste portefeuille fédéral de la santé, Santé Canada joue un rôle clé en étudiant les défis de la santé auxquels sont confrontés tous les Autochtones. Ce rôle est coordonné par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, et vous en avez beaucoup entendu parler par M. Potter. J'insiste sur le fait que l'Agence et la Direction ont noué une relation de collaboration efficace, en travaillant avec des organisations autochtones à examiner des questions de santé publique chez les Premières nations telles que la planification des pandémies et la prévention et le contrôle du VIH/sida, de la tuberculose, du diabète et du cancer.

Dans le contexte du travail plus général sur l'élaboration des politiques, l'agence a commencé à s'engager bilatéralement avec l'APN et l'ITK, et se réunira avec d'autres organisations autochtones nationales et régionales pour discuter des besoins en santé publique et collaborer plus efficacement en vue d'y répondre.

Dans le contexte de la collaboration fédérale-provinciale-territoriale requise, le réseau de santé publique mis en place et appuyé par l'agence constitue le principal mécanisme pour la collaboration et la coordination relatives aux questions de santé publique, dans le respect des compétences provinciales et territoriales en matière de santé publique. Le conseil du réseau, qui représente son organisme de gouvernance principal et central, a travaillé avec les organisations autochtones nationales en vue d'inclure les conseils et le savoir-faire des Autochtones en matière de santé dans les travaux du réseau et des sous-groupes d'experts.

L'agence travaille également avec Santé Canada, plusieurs provinces et territoires et des organisations autochtones nationales, en tant que membre de deux comités consultatifs du Fonds pour l'adaptation des services de santé à l'intention des Autochtones géré par un secrétariat de la direction générale de

in health status between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians through providing support to projects undertaken by provinces and territories.

As you have heard, it is widely understood that early childhood development is a key determinant of health and that early investments yield positive future outcomes for individuals and communities. The Public Health Agency of Canada has three community-based programs that seek to ensure that children have a healthy start in life. These include the Community Action Program for Children, the Canada Prenatal Nutrition Program and the Aboriginal Head Start program in urban and northern communities. It is important to note that we operate these programs collaboratively with partners, including provinces and territories, and in many cases with Aboriginal organizations and communities.

The agency also addresses the public health needs of the broader Aboriginal population through its work on key issues such as diabetes. For example, we lead the renewed Canadian Diabetes Strategy, focusing on preventing diabetes among those who are at higher risk for developing type 2 diabetes, including Aboriginal people, who are three to five times more likely to have this disease than non-Aboriginal Canadians.

Overall, our programs are designed to help strengthen public health capacity, including that of Aboriginal peoples and communities, and in so doing, address some of the most important determinants of their health.

On the issue of health information, as you are aware, there are significant limitations regarding data and information on the health of Aboriginal peoples and specific challenges before us with respect to privacy protection in the collection, use and dissemination of personal health information. Access to this data is crucial for our understanding of the impact of the social determinants of health on all Canadians, including Aboriginal peoples. The agency is currently working with the First Nations and Inuit Health Branch and others in the health portfolio on a number of fronts to address health information issues related to First Nations and Inuit, and it recognizes the need to collaborate with Aboriginal organizations more broadly to address these issues with respect to all Aboriginal peoples.

In closing, as we look to the future, the agency is enhancing its overall capacity to address the social determinants of health in general, continuing to build understanding and increased focus on Aboriginal public health issues and needs more specifically.

The agency views health holistically and looks at the health system broadly, including with an upstream public health lens. Our focus is clearly on a system for health. We recognize that in

M. Potter. Cette initiative vise à éliminer l'écart dans le domaine de la santé qui existe entre les Canadiens autochtones et les Canadiens non autochtones en soutenant des projets menés par les provinces et les territoires.

Comme vous venez de l'entendre, il est largement admis que le développement des jeunes enfants est un déterminant clé de la santé et que les investissements précoces assureront aux personnes et aux collectivités des résultats positifs à l'avenir. L'Agence de santé publique du Canada administre trois programmes communautaires qui veillent à s'assurer que les enfants commencent du bon pied. Ces trois programmes sont le Plan d'action communautaire pour les enfants, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et du Nord. Il est important de noter que nous administrons ces programmes en collaboration avec des partenaires, dont les provinces et les territoires et, dans bien des cas, avec les organisations et les collectivités autochtones.

L'agence répond également aux besoins de santé publique de la population autochtone dans son ensemble par son travail sur des enjeux importants comme le diabète. Par exemple, elle dirige la nouvelle Stratégie canadienne sur le diabète, qui met l'accent sur la prévention du diabète chez les personnes à risque pour le diabète de type 2, notamment les Autochtones qui sont de trois à cinq fois plus susceptibles de développer cette maladie que les Canadiens non autochtones.

Dans l'ensemble, nos programmes sont conçus pour aider à renforcer la capacité de santé publique, y compris celles des Autochtones et de leurs collectivités et, par le fait même, à traiter certains des déterminants les plus importants de leur santé.

En ce qui concerne les renseignements sur la santé, comme vous le savez, il y a certaines limitations importantes relativement aux données et aux renseignements sur la santé des Autochtones, et des défis particuliers nous attendent au chapitre de la protection de la vie privée dans la collecte, l'utilisation et la communication des renseignements personnels sur la santé. L'accès à ces données est crucial pour que nous comprenions l'impact des déterminants sociaux de la santé sur tous les Canadiens, notamment sur les Autochtones. L'agence travaille actuellement sur plusieurs fronts avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et avec d'autres partenaires du portefeuille de la santé afin de contrer les problèmes en matière de renseignements sur la santé concernant les Premières nations et les Inuits. L'agence reconnaît la nécessité de collaborer davantage avec les organisations autochtones pour régler ces problèmes en ce qui concerne l'ensemble des Autochtones.

En conclusion, comme perspective d'avenir, l'agence est en train d'améliorer sa capacité globale pour faire face aux déterminants sociaux de la santé en général, parallèlement à ses efforts continus pour mieux comprendre et mettre un accent accru sur les problèmes et les besoins de santé publique des Autochtones en particulier.

L'agence considère la santé de façon globale et s'intéresse au système des soins de santé dans son ensemble, tout en adoptant une optique de santé publique en amont. Notre point de mire vise

building this system, Aboriginal peoples must be engaged and empowered in the development of the design and delivery of their health and wellness strategies.

Recognizing the importance of provinces and territories in the delivery of public health services to all Canadians, including Aboriginal peoples, we are dedicated to strengthening the Public Health Network as a platform for broader collaboration.

I would like to refer to the words of Malcolm King, a principal investigator for the Alberta Aboriginal Capacity and Developmental Research Environments network, who stresses that governments need to respect Aboriginal peoples' health aspirations and work with Aboriginal leaders and communities to improve health. To this end, the agency will develop a framework to guide and enhance our future activities in this area through collaboration with national and regional Aboriginal organizations, the health portfolio and other partners.

Marc Brooks, Director General, Community Development Branch, Socio-economic Policy and Regional Operations Sector, Indian and Northern Affairs Canada: I would like to thank the chair and committee members for the opportunity to speak primarily on the subjects of housing and water as they relate to social determinants of health for First Nations people on reserve.

All Canadians need decent, affordable housing and safe drinking water, and it is well recognized that for many First Nations people on reserve, this is all too often not the situation.

[Translation]

Today, I will speak about the water and housing situation on reserve, as it relates to population health. This is because the federal government responsibility and involvement with these issues is primarily on-reserve.

[English]

Within Indian and Northern Affairs Canada, we have compiled a community well-being index based on data from the 2001 Census of Canada. This index, which includes education, labour force activity, income and housing, confirms that a substantial number of First Nations communities score lower than other Canadian communities in terms of community well-being.

Although First Nations communities made up approximately 13 percent of all Canadian communities in 2001, 92 of the bottom 100 communities were First Nations. Only one First Nation ranked among the top 100 Canadian communities. Housing and income are identified as two of the more important factors in explaining this gap.

clairement un système pour la santé. Nous reconnaissons que, pour édifier ce système, les Autochtones doivent jouer un rôle actif et se prendre en main dans la conception et la prestation de leurs stratégies en matière de santé et de bien-être.

Conscients de l'importance des provinces et des territoires dans la prestation des services de santé publique à tous les Canadiens, y compris aux Autochtones, nous sommes déterminés à renforcer le réseau de santé publique en tant que tremplin pour une collaboration plus vaste.

J'aimerais me référer aux paroles de Malcom King, chercheur principal de l'Alberta Aboriginal Capacity and Developmental Research Environments Network, qui souligne que les gouvernements doivent respecter les aspirations des Autochtones en matière de santé et travailler avec les dirigeants et les collectivités autochtones pour améliorer la santé. À cette fin, l'agence élaborera un cadre destiné à guider et à améliorer nos activités futures dans ce domaine, en collaboration avec les organisations autochtones nationales et régionales, le portefeuille de la santé et les autres partenaires.

Marc Brooks, directeur général, Direction générale du développement communautaire, Secteur des politiques socioéconomiques et opérations régionales, Affaires indiennes et du Nord Canada : Je voudrais remercier le président et les membres du comité de me donner l'occasion de parler du logement et de l'approvisionnement en eau dans le contexte des déterminants sociaux de la santé pour les membres des Premières nations qui vivent dans des réserves.

Tous les Canadiens doivent disposer d'un logement décent et abordable, ainsi que de l'eau potable sécuritaire, et il est largement reconnu que, pour bien des Autochtones vivant dans des réserves, ce n'est pas toujours le cas.

[Français]

Aujourd'hui, je tiens à m'exprimer sur la situation ayant trait à l'approvisionnement en eau et au logement dans les réserves, en ce qui concerne la santé de la population. Ceci découle du fait que la responsabilité et l'implication du gouvernement fédéral dans ces enjeux se situent surtout dans les réserves.

[Traduction]

Au sein du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, nous avons compilé un indice du bien-être des collectivités, d'après les données provenant du recensement du Canada de 2001. Cet indice, qui comprend l'éducation, la participation au marché du travail, les revenus et le logement, confirme qu'un nombre important de collectivités des Premières nations affichent des résultats inférieurs à ceux des autres collectivités canadiennes au chapitre du bien-être des collectivités.

Même si, en 2001, les collectivités des Premières nations ne représentaient qu'environ 13 p. 100 de toutes les collectivités canadiennes, 92 des 100 collectivités ayant les plus faibles résultats étaient des Premières nations. Seule une collectivité des Premières nations s'est classée parmi les 100 meilleures collectivités canadiennes. Le logement et les revenus constituent les facteurs les plus importants pour expliquer cet écart.

[Translation]

Water quality also shows deficits. The most often cited is the drinking water advisory which is in place in 89 First Nations communities. This number fluctuates somewhat by season, and by other variations at community level.

For housing, the Government of Canada makes significant contributions to support First Nations to deliver on-reserve housing. Expenditures total \$261 million annually, including \$138 million through Indian and Northern Affairs Canada and close to \$123 million from Canada Mortgage and Housing Corporation.

[English]

The current Indian and Northern Affairs Canada policy framework for on-reserve housing gives First Nations the flexibility to determine how best they wish to use the housing funds. It encourages First Nations control, capacity, development and shared responsibility such as establishment of rental regimes and utility charges as well as ownership options and better access to private capital.

More and more First Nations have recognized that they will not be able to resolve their housing shortfall and needs by relying solely on government funding. Instead, they are tapping into the resources available amongst community members, in some cases to pay rent as well as to buy and maintain their own homes. By pooling the resources from government, the private sector, community members and the community itself, they are turning housing on reserve from a liability into a community asset. They recognize as well that houses built to code and maintained well by the band and the occupants last longer and provide a healthier living environment.

On April 20, 2007, Ministers Prentice and Solberg affirmed the government's commitment to provide First Nations on reserve with the same housing opportunities and responsibilities as other Canadians by announcing the creation of a \$300-million First Nations market housing fund. The fund represents a new and innovative market-based approach that will increase the housing supply on reserve and give many First Nations families the opportunity to own or rent their own homes. The fund will help to provide up to 25,000 new housing units over the course of the next 10 years.

[Français]

On dénote aussi des carences en ce qui a trait à la qualité de l'eau. Celle qui est mentionnée le plus souvent concerne l'avis sur la qualité de l'eau potable, qui est en place dans environ 89 collectivités de Première nation aujourd'hui. Ce nombre fluctue selon les saisons et des autres variations au niveau des communautés.

En ce qui a trait au logement, le gouvernement du Canada effectue des contributions importantes afin d'appuyer les Premières nations en vue de fournir du logement dans les réserves. Les dépenses se chiffrent à 261 millions de dollars annuellement, donc 138 millions de dollars par l'entremise des Affaires indiennes et du Nord canadien et près de 123 millions de dollars de la part de la Société canadienne d'hypothèques et de logement.

[Traduction]

La politique-cadre fédérale actuelle du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada sur le logement dans les réserves accorde aux Premières nations une flexibilité pour déterminer, à leur gré, la façon optimale d'utiliser les fonds affectés au logement. Cette politique-cadre encourage le contrôle autochtone, le renforcement des capacités et le partage des responsabilités, par exemple l'établissement de régimes de location et des frais de services, ainsi que des options de propriété et un meilleur accès au capital privé.

Un nombre croissant de Premières nations reconnaissent que le financement gouvernemental ne suffit pas, à lui seul, pour résoudre leurs déficits de logement et leurs besoins à cet égard. Elles font plutôt appel aux ressources disponibles auprès des membres de la collectivité, dans certains cas pour payer le loyer, ainsi que pour acheter et entretenir leur propre maison. Grâce à la mise en commun des ressources en provenance du gouvernement, du secteur privé, des membres de la collectivité et de la collectivité elle-même, les Premières nations parviennent à transformer le logement qui constituait un passif en un actif communautaire dans les réserves. Elles reconnaissent également que les logements construits conformément à un code et bien entretenus par la bande et les occupants durent plus longtemps et offrent un milieu de vie plus sain.

Le 20 avril 2007, les ministres Prentice et Solberg ont affirmé l'engagement du gouvernement de fournir aux Premières nations vivant dans les réserves les mêmes possibilités et responsabilités en matière de logement que celles des autres Canadiens, en annonçant la création d'un fonds d'aide au logement du marché des Premières nations, d'une valeur de 300 millions de dollars. Le fonds représente une approche nouvelle et innovatrice axée sur le marché qui accroîtra la disponibilité de logements dans les réserves et permettra à de nombreuses familles des Premières nations de posséder ou de louer leur résidence. Le fonds favorisera la construction d'un maximum de 25 000 nouveaux logements au cours des 10 prochaines années.

[Translation]

In 1995, mould was first identified as an issue in First Nations communities. Remediation activities commenced the same year and have continued, funded under the department's annual First Nation Band Housing allocation. These activities are carried out by and at the discretion of individual bands. There is no federal funding allocated specifically to the remediation of mould in First Nations communities.

[English]

Nationally, Indian and Northern Affairs Canada, Health Canada, Canada Mortgage and Housing Corporation and the Assembly of First Nations formally presented a draft strategy on moulds that deals with specific actions and responsibilities, timelines, objectives and performance indicators to the Standing Committee on Public Accounts last November 30 to address and to eradicate the problems of mould in on-reserve housing. The next step will be the development of a communication strategy and, in collaboration with First Nations, the implementation of an awareness process to implement this strategy.

Turning now to water, all of us know the health concerns and risks associated with the treatment of drinking water, specifically on reserve. The Canadian government has been assisting First Nations in the provision of water by funding water and wastewater systems for several decades. Since 2003, the Government of Canada, specifically through INAC and Health Canada, has invested in excess of \$1 billion in the capital construction, operation and maintenance of water and wastewater treatment plants on reserve. This funding has been used to train and certify water plant operators, develop standards and create a monitoring program to ensure that the plants are run effectively and maintained and that the water is properly treated.

[Translation]

Under its First Nations Water Management Strategy, Indian and Northern Affairs Canada uses what is known as a multi-barrier approach to ensure that water is safe for consumption. This means that there are multiple barriers protecting drinking water from possible contaminants or mistakes that could render water unsafe.

[English]

This approach helps to create a redundancy in protection so that should one barrier fail to stop the contamination of water, another barrier acts as a check against the system, thereby making certain that the drinking water is safe. The multi-barrier approach

[Français]

En 1995, on a déterminé que la moisissure constituait un problème chez les collectivités des Premières nations. Des activités d'assainissement furent amorcées la même année et se sont poursuivies grâce au financement annuel du ministre pour les crédits du logement des bandes des Premières nations. Ces activités sont accomplies à la discrétion des bandes individuelles. Il n'existe pas de financement fédéral réservé uniquement à l'élimination de la moisissure dans les collectivités des Premières nations.

[Traduction]

Au plan national, le 30 novembre dernier, le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, Santé Canada, la Société canadienne d'hypothèques et de logement et l'Assemblée des Premières nations ont présenté officiellement une stratégie provisoire contre la moisissure au Comité permanent des comptes publics. Cette stratégie comportait des mesures et des responsabilités précises, des échéanciers, des objectifs et des indicateurs de rendement afin de résoudre les problèmes de moisissure dans les logements des réserves. La prochaine étape consistera à élaborer un plan de communication et, en collaboration avec les Premières nations, à mettre en œuvre un processus de sensibilisation pour appliquer cette stratégie.

Passons maintenant au dossier de l'eau. Nous connaissons tous les préoccupations et les risques pour la santé associés au traitement de l'eau potable, particulièrement dans les réserves. Depuis plusieurs décennies, le gouvernement du Canada aide les Premières nations dans l'approvisionnement de l'eau par le financement des réseaux d'aqueduc et des égouts. Depuis 2003, le gouvernement du Canada, plus précisément par l'entremise d'AINC et de Santé Canada, a investi plus de un milliard de dollars dans la construction, l'exploitation et l'entretien des usines de traitement de l'eau potable et des eaux usées dans les réserves. Ce financement a également servi à former et à homologuer les exploitants d'usines de traitement de l'eau, à élaborer des normes et à créer un programme de surveillance afin d'assurer le fonctionnement et l'entretien efficaces des usines et le traitement approprié de l'eau.

[Français]

En vertu de la Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations, Affaires indiennes et du Nord canadien utilise ce que l'on désigne comme une approche à barrières multiples afin de faire en sorte que l'eau soit propre à la consommation. Ceci signifie qu'il existe des barrières multiples de protéger l'eau potable contre les contaminants ou les erreurs qui pourraient rendre l'eau impropre à la consommation.

[Traduction]

Cette approche permet de créer une protection accrue. De cette façon, si une barrière défectueuse n'arrivait plus à empêcher la contamination de l'eau, une autre barrière prendrait alors la relève dans le système, garantissant ainsi la salubrité de l'eau

is the standard in water management and is a concept that is fully accepted by the Canadian Council of Ministers of the Environment.

Further, in March 2006 Minister Prentice outlined a five-point plan of action designed to address water issues in First Nations communities. This plan of action fits within the framework of the First Nations Water Management Strategy that was put into practice in 2003 and focused on the key points that will have the most impact on the provision of safe drinking water. Specifically, the plan of action called for the issuing of a clear protocol on drinking water standards; ensuring that mandatory training — operator certification — and oversight of water systems by certified operators were put into place; addressing the drinking water concerns for a determined set of high-risk communities; creating an expert panel to provide options for a regulatory regime for drinking water on reserve; and further reporting on the progress of the plan of action.

[Translation]

These initiatives have yielded measurable improvements. In March 2006, there were some 193 water treatment plants categorized as high risk systems. Today that number stands at 97, and Indian and Northern Affairs Canada continues to work with First Nations to further reduce the number.

[English]

You will be pleased to know that First Nations children and educators were also involved in the drive for safe and sustainable use of water. Working with Health Canada and Environment Canada and in collaboration with First Nations teachers, students and the Assembly of First Nations, Indian and Northern Affairs Canada recently developed the *Water is a Treasure* school kit for children. It is a bilingual, interactive resource that includes a poster, a variety of fun and educational activities and a list of Internet resources. Its key themes consist of the value of protecting water now and for future generations and the appreciation for the importance of clean, safe and reliable water from its source to the tap and back to the source.

It must be acknowledged that despite ongoing efforts and support, many First Nations continue to face significant challenges to establishing safe and effective water management regimes. Core challenges include the high costs of mobilization, construction and maintenance of facilities in remote and isolated locations; the lack of economies or independent resources to properly fund system operation and maintenance; and limited local capacity and ability to retain trained and qualified, certified operators.

potable. L'approche à barrières multiples constitue la norme en matière de gestion de l'eau et son concept est entièrement accepté par le Conseil canadien des ministres de l'Environnement.

De plus, en mars 2006, le ministre Prentice a exposé les grandes lignes d'un plan d'action en cinq points destiné à régler les problèmes d'eau dans les collectivités des Premières nations. Ce plan d'action s'inscrit dans le cadre de la Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations qui a été mise en pratique en 2003 et qui se penchait sur les principaux points qui influencent le plus l'approvisionnement en eau potable salubre. Plus particulièrement, le plan d'action faisait appel à des mesures telles que l'établissement d'un protocole clair sur les normes en matière d'eau potable, la mise en place d'une formation obligatoire — d'une homologation des exploitants — et la supervision des systèmes de traitement par des exploitants homologués; la résolution des préoccupations liées à l'eau potable dans une série déterminée de collectivités les plus à risque; la création d'un groupe d'experts chargé de proposer des options en vue d'établir un cadre de réglementation sur l'eau potable dans les réserves; et la production plus poussée de rapports sur les progrès réalisés grâce au plan d'action.

[Français]

Ces initiatives ont donné lieu à des progrès tangibles. En mars 2006, on dénombrait quelque 193 usines de traitement de l'eau qui figuraient au nombre des systèmes à risque élevé. On en compte aujourd'hui 97 et Affaires indiennes et du Nord canadien continue à travailler avec les Premières nations en vue de réduire davantage ce nombre.

[Traduction]

Vous serez heureux d'apprendre que les enfants et les enseignants dans les collectivités des Premières nations participent également aux efforts visant une utilisation sécuritaire et durable de l'eau. Grâce au concours de Santé Canada et d'Environnement Canada, de même que celui des enseignants et des étudiants autochtones et de l'Assemblée des Premières nations, le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada a récemment mis au point une trousse pédagogique pour les enfants, intitulée *L'eau est un trésor*. Il s'agit d'une ressource interactive bilingue qui comprend une affiche, diverses activités amusantes et éducatives, de même qu'une liste de ressources Internet. Les principaux thèmes abordés sont l'importance de protéger l'eau maintenant et pour les prochaines générations et l'importance de pouvoir compter sur de l'eau propre, salubre et fiable de la source au robinet et du robinet à la source.

Il faut reconnaître que malgré les efforts et le soutien continus, de nombreuses Premières nations sont toujours aux prises avec des défis de taille pour établir des régimes de gestion des eaux sécuritaires et efficaces. Parmi ces défis de base, on compte les coûts élevés de mobilisation, de construction et d'entretien des installations dans les endroits éloignés et isolés; l'absence d'économies d'échelle ou de ressources autonomes pour financer adéquatement l'exploitation et l'entretien des systèmes; et une capacité locale limitée ainsi qu'un manque de capacité pour retenir les exploitants certifiés, formés et qualifiés.

In conclusion, our vision is that First Nations Canadians will have the same opportunities and responsibilities as other Canadians. We realize there is much left to be done, and through this statement I have shared what I believe is a concrete action plan or approach on water and housing that will serve to bring this vision closer to reality and will contribute to improved population health among First Nations people.

The Chairman: I thank all the witnesses for their excellent presentations. If it is agreed, we will begin with questions to Mr. O'Neil. I would bring you back, Mr. O'Neil, to the importance of self-government, which you mentioned.

All senators here today are in agreement that effective health services and so forth have to be organized at the community level. We accept that principle. The issue of self-government is much more complex than is organizing health services at the community level or organizing from the ground up. How effective will community health services be if they can be implemented prior to the changes that allow for self-government, which might take some doing?

Mr. O'Neil: The first question is complex. The intent of my remarks was to express the goal for improving the health status of Aboriginal communities, in particular First Nations communities, as well as Inuit, Metis and urban Aboriginal communities. That goal is to achieve a higher level of self-government as the ultimate social determinant that we are addressing. We are moving on that path. As my colleagues have outlined, efforts are being made in that direction. Certainly, representatives from the various Aboriginal communities are working on this issue as well. My remarks were meant not to suggest that it is not happening but rather to maintain momentum and to try to put in place policies and resources to speed up the process to achieve that goal more quickly.

It is an important question you have asked. In the absence of real self-government, local control or administration of services and local administration of health services, housing, education, or economic opportunities are at best half measures, but that does not mean we should not do them.

Our research centre was involved with First Nations and Inuit Health Branch in doing an evaluation of the transfer of health services over the last decade. We interviewed health directors in a large sample of First Nations across the country who had undertaken the health transfer. A significant majority of those health directors, almost all of them, said that this was a good thing, that they had achieved certain goals in terms of improving both the quality and the cultural sensitivity or acceptability of those services. At the same time, many of them felt that to some extent they were continuing, to use their phrase, to administer

En terminant, notre vision est de permettre aux Canadiens des Premières nations d'avoir les mêmes occasions et responsabilités que les autres Canadiens. Nous sommes conscients qu'il reste encore beaucoup à faire et, dans le cadre de mon exposé, je vous ai présenté un plan d'action ou une approche en matière de logement et d'eau potable que je juge concret. Ce plan d'action servira à transformer notre vision en réalité et contribuera à améliorer la santé des Premières nations.

Le président : Je remercie tous les témoins pour leurs excellents exposés. Si vous êtes d'accord, nous allons commencer par des questions adressées à M. O'Neil. J'aimerais revenir, monsieur O'Neil, sur l'importance de l'autonomie gouvernementale que vous avez mentionnée.

Tous les sénateurs ici présents sont d'accord qu'il faut mettre en place des services de santé efficaces, et ainsi de suite, au niveau communautaire. Nous acceptons ce principe. La question de l'autonomie gouvernementale est beaucoup plus complexe que celle de mettre en place les services de santé à un niveau communautaire ou à un niveau ascendant. Quel sera le degré d'efficacité des services de santé communautaires s'ils peuvent être mis en œuvre avant d'apporter des changements propices à l'autonomie gouvernementale, ce qui nécessitera beaucoup de travail?

M. O'Neil : La première question est complexe. Mes remarques visaient à exprimer le but pour l'amélioration de l'état de santé des collectivités autochtones, en particulier des collectivités des Premières nations, ainsi que celui des Inuits, des Métis et des collectivités autochtones urbaines. Ce but consiste à atteindre un niveau supérieur d'autonomie gouvernementale, qui constitue le déterminant social ultime que nous visons. Nous sommes en train de suivre cette voie. Comme mes collègues l'ont souligné, des efforts sont déployés en ce sens. Bien sûr, les représentants des diverses collectivités autochtones y travaillent aussi. Mes propos ne visaient pas à suggérer l'idée que cela ne se faisait pas, mais plutôt à continuer sur notre lancée et à essayer de mettre en place des politiques et des ressources pour accélérer le processus afin d'atteindre ce but plus rapidement.

Vous avez posé une question importante. En l'absence d'une autonomie gouvernementale réelle, le contrôle local ou l'administration locale des services et l'administration locale des services de santé, du logement, de l'éducation ou des possibilités économiques sont, dans le meilleur des cas, des demi-mesures, mais cela ne signifie pas que nous ne devrions pas les prendre.

Notre centre de recherche a collaboré avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pour une évaluation du transfert des services de santé au cours de la dernière décennie. Nous avons interrogé des directeurs de la santé dans un échantillon important de Premières nations partout au pays qui avaient transféré les services de santé. La grande majorité de ces directeurs de la santé, en fait presque la totalité, ont indiqué que le transfert avait été positif, qu'ils avaient atteint certains buts sur le plan de l'amélioration de la qualité et de la sensibilité culturelle ou de l'acceptabilité de ces services. En même temps,

their own misery. They did not have the resources and the levers to change the fundamental conditions that were producing the problems that they were now responsible for trying to resolve.

We found in our work that, for the most part, if you saved money in your health budget at the community level, you were unable to put that money into housing. There are a few arrangements in the country where that kind of flexibility is possible with considerable effort, but most communities do not have that flexibility. If you are able to manage your resources at the community level and you want to put more money into the social determinant side to bring down your costs on the health service side, you do not have that flexibility. Provincial and municipal governments have that flexibility, but Aboriginal governments for the most part do not. That is one of the areas we need to work on.

Self-government in the area of health services is not a sufficient measure to address these broader conditions. Local and regional governments need to be supported in trying to integrate across the different kinds of programs and resources they have available to them and to try to realize savings in the service end in order to invest that money and those resources back into the determinant end.

Senator Eggleton: How will self-government work on a practical basis in dealing with these social determinants of health for the Aboriginal population in urban areas, off-reserve areas? How complex a situation does that bring you into? I can understand self-government on a reserve basis, but what about the urban areas in Toronto and other places? How would you see it being of assistance then in dealing with these issues?

Mr. O'Neil: It is complex, as you have indicated. There are ways of setting up institutional structures that provide more accountability for Aboriginal communities living in urban areas to Aboriginal authorities, not necessarily creating a fourth level of government, but having Aboriginal authorities responsible for housing, for providing services for the elderly in the community, for health services.

The pure concept of self-government that might be more easily developed on-reserve and in remote and northern communities clearly is not as easily implemented in the Aboriginal context, but it is a continuum. We all recognize it is not an absolute condition.

In the urban context, there are efforts in different parts of the country to develop Aboriginal-controlled authorities that have delegated responsibility for municipal governments to provide certain kinds of services and resources to their Aboriginal constituencies. It will vary from one city to another depending on the size and distribution of Aboriginal populations.

bon nombre d'entre eux jugeaient qu'ils continuaient, dans une certaine mesure, à administrer leur propre misère — pour emprunter leurs termes. Ils n'avaient pas les ressources ni les leviers nécessaires pour changer les conditions fondamentales à l'origine des problèmes qu'il leur incombait maintenant d'essayer de résoudre.

Notre travail nous a révélé, de façon générale, que si vous économisez de l'argent dans votre budget de la santé au niveau communautaire, vous ne pouvez pas investir cet argent dans le logement. On compte quelques mécanismes au pays qui permettent ce genre de flexibilité avec un effort considérable, mais la plupart des collectivités n'ont pas cette flexibilité. Si vous pouvez gérer vos ressources au niveau communautaire et si vous voulez investir plus d'argent dans les déterminants sociaux pour réduire vos coûts liés aux services de santé, il ne vous est pas possible de le faire. Les gouvernements provinciaux et municipaux ont cette flexibilité, mais les gouvernements autochtones, pour la plupart, ne l'ont pas. C'est un problème que nous devons régler.

L'autonomie gouvernementale dans le domaine des services de santé n'est pas une mesure suffisante pour aborder ces conditions plus générales. Les gouvernements locaux et régionaux doivent être soutenus dans leurs tentatives d'intégrer les différents types de programmes et de ressources dont ils disposent et de réaliser des économies dans les services afin d'investir cet argent et ces ressources dans les déterminants.

Le sénateur Eggleton : Comment l'autonomie gouvernementale fonctionne-t-elle, dans la pratique, en ce qui a trait aux déterminants sociaux de la santé pour la population autochtone en milieu urbain, à l'extérieur des réserves? À quel point cette situation s'avère-t-elle complexe pour vous? Je peux comprendre l'autonomie gouvernementale dans les réserves, mais qu'en est-il des régions urbaines à Toronto et ailleurs? Comment cela servirait-il alors pour régler ces questions, selon vous?

M. O'Neil : C'est une question complexe, comme vous l'avez indiqué. Il y a des façons d'établir des structures institutionnelles qui offrent aux autorités autochtones plus de responsabilité à l'égard des collectivités autochtones en milieu urbain, pas nécessairement en créant un quatrième niveau de gouvernement, mais en donnant aux autorités autochtones la responsabilité des logements, de la prestation de services pour les personnes âgées dans la collectivité et des services de santé.

Le concept brut d'une autonomie gouvernementale qui peut être développée plus facilement dans les réserves et dans les collectivités isolées et du Nord, n'est évidemment pas applicable aussi facilement dans le contexte autochtone, mais il s'agit d'un continuum. Nous reconnaissons tous que ce n'est pas une condition absolue.

Dans le contexte urbain, des efforts sont déployés dans différentes régions du pays pour établir des autorités sous contrôle autochtone auxquelles les gouvernements municipaux déléguent des responsabilités afin de fournir certains types de services et de ressources à leurs circonscriptions autochtones. Cela variera d'une ville à l'autre, selon la taille et la répartition de la population autochtone.

In Winnipeg, there is a significant investment in an Aboriginal centre that has a health clinic that provides other social services and that draws funding from government sources. It is envisioned as one-stop-shopping for Aboriginal populations in that sector of the city. Strengthening those kinds of institutions and authorities is the mechanism that is the way forward to improving health for urban Aboriginal populations.

The broader context of self-government is that many First Nations people in cities are still under the jurisdiction of their First Nations governments that are outside of the cities and communities. Strengthening their responsibility for delivering a range of services across a migrant, mobile population is another way of strengthening the concept of self-government for the Aboriginal population.

Senator Eggleton: Then you have the further complexity in some of the large urban areas where people come from different tribal backgrounds or origins and so have different roots into the self-government process back from where they originate. That would probably mean whole different structures of self-government.

Mr. O'Neil: There are certainly differences and people have different traditions, and there are different interests at stake, but in my experience, where the resources have been available and the opportunity is there, Aboriginal governments are cautious but quite willing to build collaborative institutions and structures in order to administer them. It is not easy, but it is possible.

Senator Pépin: You may not have time to elaborate, but in your presentation you mentioned that coordination across the different departments of the federal government in the context of a population health model remains an illusion. After that, you said that at the community level, dependence and accountability for resources to address social determinants is structurally separate from accountability for improving health outcomes. You said that that seems to you to be fundamentally contradictory to all the evidence before you on this issue.

I listened to all the other presentations. How do we organize or plan something that will work with respect to coordination?

Mr. O'Neil: In the presentations, you heard that there are efforts nationally and regionally to bring together different government departments, different jurisdictions, provincial and federal, around some of the recommendations that came out of the Kirby report about trying to resource communities to deal with social determinants as well as health services.

It comes back to the question asked earlier and the answer is similar. I will take a step back. One of the things I find most distressing in my work in meeting with chiefs and leaders in Aboriginal communities is that they do not see the relationship we are talking about here. They see health services as provided by

À Winnipeg, un investissement considérable est accordé à un centre autochtone doté d'une clinique qui offre d'autres services sociaux et qui est financée par le gouvernement. Ce que l'on entrevoit, c'est un centre à guichet unique pour les Autochtones vivant dans ce secteur de la ville. Le renforcement de ce type d'institutions et d'autorités constitue le mécanisme à suivre pour améliorer la santé des Autochtones en milieu urbain.

Dans le contexte plus général de l'autonomie gouvernementale, de nombreux membres des Premières nations dans les villes relèvent toujours de leurs gouvernements des Premières nations qui se trouvent à l'extérieur des villes et des collectivités. Une autre façon de renforcer le concept de l'autonomie gouvernementale pour la population autochtone, c'est de consolider leur responsabilité pour offrir une vaste gamme de services à une population migrante et mobile.

Le sénateur Eggleton : La complexité est alors d'autant plus amplifiée dans certaines des grandes régions urbaines où les gens proviennent de différentes traditions ou origines tribales. Par conséquent, ils ont des racines différentes au niveau du processus d'autonomie gouvernementale qui remontent à leur lieu d'origine. Cela voudrait dire probablement qu'il y a des structures très différentes d'autonomie gouvernementale.

M. O'Neil : Il existe certainement des différences et les gens ont différentes traditions. Différents intérêts sont en jeu mais, d'après mon expérience, lorsque les ressources sont disponibles et lorsqu'il existe une occasion, les gouvernements autochtones sont prudents, mais assez disposés à bâtir des institutions et des structures de collaboration afin de les administrer. Ce n'est pas facile, mais c'est possible.

Le sénateur Pépin : Vous n'aurez peut-être pas le temps d'approfondir cela, mais dans votre exposé, vous avez mentionné que la coordination entre les différents ministères du gouvernement fédéral dans le contexte d'un modèle de santé de la population reste une illusion. Vous avez ensuite mentionné qu'au niveau communautaire, la dépendance et la responsabilité envers les ressources pour régler les déterminants sociaux sont structurellement séparées de la responsabilité d'améliorer les résultats de santé. Vous avez ajouté que, selon vous, c'était fondamentalement contradictoire à toutes les preuves dont vous disposez sur ce sujet.

J'ai écouté tous les autres exposés. Comment devrions-nous procéder pour organiser ou planifier quelque chose qui fonctionnera au plan de la coordination?

M. O'Neil : Comme vous l'avez entendu dans les exposés, des efforts sont déployés à l'échelle nationale et régionale pour rassembler les différents ministères gouvernementaux, les différentes juridictions, aussi bien provinciales que fédérale, autour de quelques-unes des recommandations tirées du rapport Kirby en vue d'essayer de ressourcer les collectivités pour régler les déterminants sociaux ainsi que les services de santé.

Cela revient à la question posée précédemment, et la réponse est similaire. Je vais revenir un peu en arrière. Une des choses que je trouve les plus dérangeantes dans mon travail, durant mes rencontres avec les chefs et les dirigeants des collectivités autochtones, c'est le fait qu'ils ne voient pas la relation dont il

the First Nations and Inuit Health Branch and the negotiation for them is about increasing the envelope of health services, increasing the money being put in. They see that as one political environment, and the other political environment is working with Indian and Northern Affairs Canada. They do not see them as connected. Some do and some do not.

From the community up to the federal government we need to build a broader understanding of the coordination of those resources so that if the community can realize savings in its health or social services budget, it can invest that money back into infrastructure. There are ways now. It is not as difficult to do now as it was five or 10 years ago, but there is quite a way to go in achieving those goals.

The Chairman: You stated that coordination remains an illusion. I have become convinced over the past number of years listening to testimony involved in previous reports that coordination can occur only at the community level. Is that correct or incorrect?

Mr. O'Neil: It must occur first at the community level. The communities must be the fundamental integrating institutional block in this. It must also occur at all other levels. One without the other does not work.

Within their cultural traditions communities understand this holistically, but then they have to go to different agencies with different unrelated proposals. We had a brief conversation before the meeting about water quality. There are different departments with different responsibilities and different individuals. If that is not coordinated outside the community, then the community is at a disadvantage to do that coordination.

The coordination is not as well developed as it should be. It is not that there are not processes in place and efforts to bring about more of that coordination, but I think we all agree there is a way to go and it could be much stronger.

The Chairman: Thank you very much indeed. Mr. Reading, the opportunity for cross-fertilization and collaboration is tremendous, as we were discussing earlier today. All the presentations here this afternoon show you have much in common.

How closely is your Institute of Aboriginal Peoples' Health aligned with the Institute of Population Health? I understand the organization of Canadian Institutes of Health Research. I know how the worker bees sit around the same table planning their projects. Is there cross-fertilization between the Institute of Population Health and your Institute of Aboriginal Peoples' Health?

est question ici. Ils considèrent les services de santé comme des services offerts par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et, pour eux, les négociations visent à accroître l'enveloppe des services de santé et à augmenter les fonds à cet égard. Ils considèrent ce domaine comme un environnement politique à part. L'autre environnement politique, c'est le travail avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Ils ne voient aucun rapport entre les deux. Certains le voient et d'autres ne le voient pas.

Nous devons instaurer, des collectivités jusqu'au gouvernement fédéral, une compréhension plus vaste de la coordination de ces ressources. De cette façon, si la collectivité peut réaliser des économies dans son budget de santé ou de services sociaux, elle pourra investir cet argent dans l'infrastructure. Il existe désormais des moyens d'y arriver. Ce n'est plus aussi difficile de le faire qu'il y a cinq ou dix ans, mais on a du chemin à faire pour atteindre ces objectifs.

Le président : Vous avez indiqué que la coordination restait une illusion. Au cours des dernières années, après avoir écouté les témoignages dans les rapports précédents, j'ai fini par me convaincre que la coordination ne peut survenir qu'au niveau communautaire. Est-ce exact?

M. O'Neil : Cela doit se passer d'abord au niveau communautaire. Les collectivités doivent être le pilier institutionnel fondamental pour cette intégration. Cela doit aussi se produire à tous les autres niveaux. L'un ne va pas sans l'autre.

À l'intérieur de leurs traditions culturelles, les collectivités comprennent cela de façon globale, mais elles sont ensuite obligées de s'adresser à différents organismes avec différentes propositions sans aucun lien entre elles. Nous avons eu une brève conversation avant la séance sur la qualité de l'eau. Il existe différents ministères avec différentes responsabilités et différents individus. Si cela n'est pas coordonné à l'extérieur de la collectivité, alors la collectivité est désavantagée dans ce rôle de coordination.

La coordination n'est pas aussi développée qu'elle devrait l'être. Je ne veux pas dire qu'aucun processus n'est en place et qu'aucun effort n'est déployé pour accroître cette coordination, mais je crois que nous sommes tous d'accord qu'il y a encore du chemin à faire et qu'il y a lieu de redoubler d'efforts.

Le président : Merci beaucoup. En effet, monsieur Reading, il existe une énorme possibilité d'enrichissement mutuel et de collaboration, comme nous en avons discuté plus tôt aujourd'hui. Les exposés de cet après-midi nous montrent que vous avez beaucoup de points en commun.

Jusqu'à quel point votre Institut de la santé des Autochtones s'apparente-t-il à l'Institut de recherche sur la santé des populations? Je comprends la façon dont sont organisés les Instituts de recherche en santé du Canada. Je sais comment les fournis ouvrières s'assoient autour de la même table pour planifier leurs projets. Y a-t-il un enrichissement mutuel entre les Instituts de recherche sur la santé des populations et votre Institut de la santé des Autochtones?

Mr. Reading: Yes, there is, certainly at the institute level because we represent a population-based institute. We are not specific to a discipline, a disease, or a body part as some other institutes are. We have interests across all domains of the other institutes: cancer, heart and lung, gender, et cetera. We do collaborate quite a bit with all of the institutes.

Having said that, the Institute of Population and Public Health has a special relationship, as does the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, because of the issues that are contained within the mandates of those institutes. We are collaborating on a number of issues with Public Health Agency of Canada. It was mentioned that the National Collaborating Centres for Public Health has a centre dedicated to Aboriginals in the University of Northern British Columbia. I am on the advisory council of all the collaborating centres and that advisory council is chaired by John Frank, the scientific director of the Institute of Population and Public Health.

Last weekend, I opened a talk on community campus collaborations in health. That was an international conference with a group based in Washington State in the United States. The assistant director of the Institute of Population and Public Health, who was on the committee organizing that meeting, had put my name forward.

These are the kinds of things that happen on a daily basis that you do not read in reports. A strength of the Canadian Institutes of Health Research is that we meet every month with Alan Bernstein and the vice presidents to articulate national health research priorities. In that process we wind up having hallway conversations about what is happening in our various domains.

When it comes to social determinants, obviously we have a very strong joint vested interest in the processes. When we talk about Monique Bégin, Michael Marmot, the WHO Commission on Social Determinants of Health, the meetings taking place in Vancouver and other places in the world, we are participating with our colleagues on a formal and an informal basis. That is one of the strengths of what we have created in Canada.

Incidentally, it is the only institute at the national level, anywhere in the world, that focuses on indigenous peoples' health. It is a leadership role for Canada, but it is also quite innovative. It is a niche for Canada when we talk about advanced research.

The Chairman: I am a great believer in the CIHR organization. I think it was a dream come true for everyone in research.

Senator Eggleton: I have a question for Dr. Reading and one for anybody and everybody who might want to answer it.

Dr. Reading, your slide chart on health disparities shows the difference in life expectancy between registered Indians and the general population. Tuberculosis is 6 times higher,

M. Reading : Oui, il y en a, certainement au niveau de l'Institut parce que nous représentons un institut basé sur la population. Notre champ d'activité ne se concentre pas exclusivement sur une discipline, une maladie ou une partie du corps, comme c'est le cas d'autres instituts. Nous avons des intérêts qui recoupent tous les domaines des autres instituts : le cancer, le cœur et les poumons, le genre, et cetera. Nous collaborons pas mal avec tous les instituts.

Cela dit, l'Institut de la santé publique et des populations a une relation spéciale, tout comme l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, à cause des questions visées par les mandats de ces instituts. Nous collaborons avec l'Agence de santé publique du Canada dans plusieurs dossiers. On a mentionné que les Centres nationaux de collaboration en santé publique ont un centre spécialisé sur les questions autochtones à l'Université du Nord de la Colombie-Britannique. Je suis membre du conseil consultatif de tous les centres de collaboration et ce conseil consultatif est présidé par John Frank, le directeur scientifique de l'Institut de la santé publique et des populations.

La semaine dernière, j'ai prononcé un discours d'ouverture sur les collaborations entre les campus communautaires dans le domaine de la santé. Et il s'agissait d'une conférence internationale avec un groupe basé dans l'État de Washington aux États-Unis. La directrice associée de l'Institut de la santé publique et des populations, qui siégeait au comité ayant organisé cette réunion, avait proposé mon nom.

C'est le genre de choses qui arrivent tous les jours, mais qui ne sont pas mentionnées dans les rapports. Notre réunion mensuelle avec Alan Bernstein et les vice-présidents afin de formuler les priorités nationales de recherche en santé est l'un des points forts des Instituts de recherche en santé du Canada. Ce faisant, nous finissons par avoir des conversations dans les couloirs sur ce qui se passe dans nos divers domaines.

En ce qui concerne les déterminants sociaux, il va de soi que nous nous intéressons tout particulièrement au processus, conjointement aux autres. Lorsque nous parlons de Monique Bégin, de Michael Marmot, de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, des réunions qui ont lieu à Vancouver et ailleurs dans le monde, nous participons avec nos collègues de façon formelle et informelle. C'est l'une des forces de ce que nous avons créé au Canada.

Au fait, il s'agit du seul institut national, dans le monde entier, axé sur la santé des peuples indigènes. C'est un rôle de leadership pour le Canada, mais c'est aussi un rôle assez innovateur. Il s'agit d'un créneau en matière de recherche de pointe pour le Canada.

Le président : Je suis un fervent partisan de l'organisation des IRSC. Je crois que c'était la réalisation d'un rêve pour tous les chercheurs.

Le sénateur Eggleton : J'ai une question pour M. Reading et une autre pour quiconque voudrait y répondre.

Monsieur Reading, votre diapositive sur les disparités sur le plan de la santé montre la différence de l'espérance de vie entre les Indiens enregistrés et la population générale. La tuberculose

diabetes 2.7 times higher, suicide rates 4.3 times higher and for the Inuit, 11 times higher. These numbers depict the stark reality of a major problem we face in this country.

I assume that these statistics are for reserve and non-reserve together. Do you have any information as to what the statistics would look like if they were separated between reserve and non-reserve?

Mr. Reading: I am glad you asked that question. These are aggregate data. In some cases they are for Inuit, in some cases for First Nations, some for urban Aboriginals and some for community. When we produce national data and compare it to national data for other Canadians, it is on aggregate.

Interestingly, if you take a graph and you plot health versus wealth, you have a linear relationship: as your income improves so does your health. That is the social determinants and health paradigm. However, there is a scatter of health and wealth on that graph. In other words, for a given level of wealth, some communities are healthier than others. The ones that are healthier than others at the same level of wealth are the more resilient communities.

The area of resilience is an interesting question. What is it that makes some communities more resilient than others? In the context of Aboriginal communities, does it involve culture, the role of women as caregivers or the advice given by elders? We do not know the answers to some of those interesting questions.

The question is also relevant to mainstream social determinants. You do find very wealthy communities that are dysfunctional and where people's level of health is not comparable to other communities that have fewer resources.

It is often tempting to say, for example, that it is important to have income because income is the one determinant that purchases the other determinants. However, that is not the whole story. Many other factors are involved.

We did an international request for applications in a partnership with Australia, New Zealand and Canada through the CIHR and the national funding agencies of those other countries. We asked the researchers and the community people in all three countries what would be the most important question. We all agreed that resilience was the important question.

We did an international review and we picked the best proposals. It was chaired by a Native American researcher funded by the U.S. National Institutes of Health who did not have a vested interest in any of the outcomes. It turned

est six fois supérieure, le diabète est 2,7 fois supérieur, le taux de suicide est 4,3 fois supérieur et, pour les Inuits, 11 fois supérieur. Ces chiffres illustrent la dure réalité d'un grave problème auquel nous faisons face dans ce pays.

Je suppose que ces statistiques incluent à la fois les Autochtones dans les réserves et ceux hors des réserves. Avez-vous une idée de ce que seraient les statistiques séparées pour les Autochtones vivant dans les réserves et ceux vivant hors des réserves?

M. Reading : Je suis heureux que vous ayez posé cette question. Il y a des données cumulatives. Elles concernent parfois les Inuits, parfois les Premières nations, parfois les Autochtones en milieu urbain et parfois la collectivité. Lorsque nous produisons des données nationales et lorsque nous les comparons aux données nationales concernant les autres Canadiens, nous utilisons des données cumulatives.

Il est intéressant de noter que si l'on représente graphiquement la santé par rapport à la richesse, on obtient une relation linéaire : à mesure que le revenu s'améliore, la santé s'améliore aussi. Cela illustre les déterminants sociaux et le paradigme de la santé. Toutefois, dans ce graphique, la santé et la richesse sont dispersées. Autrement dit, pour un niveau de richesse donné, certaines collectivités sont en meilleure santé que d'autres. Les collectivités dont l'état de santé est meilleur que les autres au même niveau de richesse sont les plus résilientes.

Le domaine de la résilience est une question intéressante. Qu'est-ce qui rend certaines collectivités plus résilientes que d'autres? Dans le contexte des collectivités autochtones, est-ce que cela dépend de la culture, du rôle des femmes en tant que pourvoyeuses de soins ou des conseils donnés par les aînés? Nous ignorons les réponses à certaines de ces questions intéressantes.

La question s'applique aussi aux déterminants sociaux dans l'ensemble de la société. On peut trouver des collectivités très riches qui sont dysfonctionnelles et où le niveau de santé des personnes n'est pas comparable à d'autres collectivités ayant moins de ressources.

Il est souvent tentant de dire, par exemple, qu'il est important d'avoir un revenu parce que le revenu est un déterminant qui permet d'acheter les autres déterminants. Toutefois, le tableau n'est pas complet. Beaucoup d'autres facteurs entrent en jeu.

Nous avons fait un appel international de demandes, en partenariat avec l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Canada par le biais des IRSC et des organismes de financement nationaux de ces autres pays. Nous avons demandé aux chercheurs et aux intervenants communautaires des trois pays d'indiquer quelle serait la question la plus importante. Nous avons tous convenu que la résilience était la question importante.

Nous avons fait un examen international et avons sélectionné les meilleures propositions. Ce travail était présidé par un chercheur autochtone américain, financé par le National Institutes of Health des États-Unis qui n'avait aucun intérêt

out that HIV ranked number one, mental health and addictions number two, and workforce development issues number three.

The questions that come out of this are very interesting. What makes some workers more resilient? Why are these workers capable of handling extremely heavy workloads while others burn out? What makes some communities better able to cope with the stresses and pressures related to HIV or mental health?

I am alluding to the whole characterization of native communities as being sick and dysfunctional. It is very insidious, quite pervasive and a form of racism. If you pick up *The Toronto Star*, *The Globe and Mail* or the *National Post*, you will undoubtedly find stories of native Canadians that have to do with dysfunction, such as sniffing gasoline, physical violence or being unable to manage financial affairs. The stories of wellness and resilience in the face of challenging health circumstances are not published in the newspaper, yet there are many of them out there. We can see that this generation has more people graduating with degrees, but there is this disparity. We must try to balance the negative message with a positive one.

In the context of your question and previous questions, when a community is characterized as dysfunctional, that undermines its legitimate aspiration to achieve a level of self-government. In other words, you will not spend millions of dollars on someone to manage a complex process if you think that they are dysfunctional, if the whole system of media and research characterizes that community as being unable to manage its own resources. That is a dilemma. It undermines the power relationships.

One of the most important factors is that we must focus on resiliency. What are the factors associated with strong and healthy communities in the context of very difficult circumstances that, frankly, I do not think many people in this room would be able to tolerate?

Senator Eggleton: I agree. In terms of the statistics, they can break out differently between the urban and reserve and between Inuit and First Nations or Metis. Perhaps when we come to the point of making recommendations, we might find it useful to know some of that. The solutions may not apply right across the board.

After Professor O'Neil put a lot of emphasis on self-government, I did not hear much about it. I suppose we all agree that self-government is a good thing, and we want to go in that direction. However, it comes down to the question of how much it plays into the issue, at this point in time, in dealing with social determinants of health.

direct dans les résultats. Il s'est avéré que le VIH arrivait au premier rang, suivi de la santé mentale et des toxicomanies; les questions de perfectionnement de la main-d'œuvre étaient au troisième rang.

Les questions qui émanent de ce travail sont très intéressantes. Qu'est-ce qui rend certains travailleurs plus résilients? Pourquoi ces travailleurs sont-ils capables de faire face à des charges de travail très lourdes alors que d'autres n'y parviennent pas? Qu'est-ce qui rend certaines collectivités plus aptes à faire face au stress et aux pressions liés au VIH ou à la santé mentale?

Je fais allusion à toute cette tendance qui consiste à stéréotyper les collectivités autochtones comme étant des collectivités malades et dysfonctionnelles. C'est très insidieux, assez répandu et, en quelque sorte, raciste. Si vous jetez un coup d'œil dans le *Toronto Star*, le *Globe and Mail* ou le *National Post*, vous tomberez sans aucun doute sur des articles relatifs à des Canadiens autochtones portant sur des dysfonctions, comme l'inhalation d'essence, la violence physique ou l'incapacité de gérer les finances. Les histoires sur le bien-être et la résilience dans des circonstances difficiles pour la santé ne sont pas publiées dans les journaux, pourtant il y a en beaucoup. Nous pouvons constater que cette génération compte plus de diplômés, mais il y a cette disparité. Nous devons essayer d'équilibrer les messages négatifs par des messages positifs.

Dans le contexte de votre question et des questions précédentes, lorsqu'une collectivité est qualifiée de dysfonctionnelle, cela sape son aspiration légitime à atteindre un niveau d'autonomie gouvernementale. En d'autres termes, vous n'allez pas donner des millions de dollars à une collectivité pour gérer un processus complexe si vous pensez qu'elle est dysfonctionnelle, si tout le système des médias et de la recherche la caractérise comme étant inapte à gérer ses propres ressources. C'est un dilemme. Cela mine les relations de pouvoir.

Nous devons, et c'est l'un des facteurs les plus importants, mettre l'accent sur la résilience. Quels sont les facteurs associés à des collectivités fortes et saines à la lumière de circonstances très difficiles que, pour vous dire franchement, pas grand monde dans cette salle ne pourrait tolérer?

Le sénateur Eggleton : Vous soulevez une bonne question. En ce qui concerne les données, elles peuvent être différentes pour les milieux urbains et les réserves ainsi que pour les Inuits, les Premières nations et les Métis. Lorsque viendra le temps de formuler des recommandations, il serait sans doute utile de connaître quelles sont ces différences. Les solutions ne s'appliqueraient peut-être pas à tous.

Depuis que M. O'Neil a amplement insisté sur l'autonomie gouvernementale, je n'ai pas entendu beaucoup de commentaires sur ce sujet. Je pense que nous sommes tous d'accord pour dire que l'autonomie gouvernementale est une bonne chose et que nous souhaitons faire en sorte que les Autochtones l'acquière. Cependant, il faudrait mesurer son importance actuelle relativement aux déterminants sociaux de la santé.

I believe the chairman indicated that this is a long-term endeavour, and we need to find the shortest route to solutions. I wonder if any of the other panellists have any comments to make about self-government.

Mr. Potter: I could perhaps speak for a moment about Health Canada's approach, because we are trying to manage two things at the same time. The mandate of our branch is to improve health outcomes of First Nations and Inuit people and also to ensure that they have access to health services.

The long term is the improved outcomes, and self-government is definitely part of that. Therefore, we work with Indian and Northern Affairs Canada, which has the legal responsibility to represent the federal government in those negotiations that deal with governance and authorities. At the same time, we are trying to see more governance and more self-management by First Nations in the health care system that we operate. There is our support to the broader self-government effort where First Nations can take over broad government functions, but there is also the delivery and management of health services.

I have talked about how we have transferred in large part the day-to-day health care service delivery to First Nations and we work with them to do that. Similarly, we are trying to work with them to integrate the services we deliver with the provincial services because the federal government funds only a limited number of health services on reserve. The bulk of the health services that First Nations on reserve get, namely hospital services and physician services, is under provincial responsibility. We are working with them to see if they can have a larger role to play in the provincial government's delivery of services so that it can be a more integrated system with greater authority by self-government.

Another aspect of self-government is being able to have the people of your community deliver the services that you want. We are supporting First Nations and Inuit to get the education necessary to be doctors, nurses, dentists and other health managers and administrators so that they can populate the health services and self-government can take on the role of delivery. They are there and they understand the culture.

On the other side at Health Canada, we are trying to encourage that cultural aspect. We fund and we are very grateful that the Governor General has agreed to be a patron of the National Aboriginal Role Model Program, where a process selects about 17 young people who go out and show that they can succeed, that there is success in Aboriginal communities. It gives a sense of pride. We contribute to the National Aboriginal

Je crois que le président a mentionné qu'il s'agit d'une initiative à long terme, et qu'il faut donc trouver des solutions le plus vite possible. J'aimerais savoir si d'autres témoins ont des commentaires à faire sur l'autonomie gouvernementale.

M. Potter : Je pourrais parler pendant quelques minutes de l'approche de Santé Canada, qui essaie de faire deux choses à la fois. Notre direction générale a pour mandat d'améliorer le bilan de santé des Premières nations et des Inuits ainsi que de s'assurer qu'ils ont accès à des services de santé.

L'objectif à long terme est de pouvoir faire un meilleur constat, et l'autonomie gouvernementale joue certainement un rôle dans l'atteinte de ce but. Par conséquent, nous travaillons avec Affaires indiennes et du Nord Canada, qui a l'obligation légale de représenter le gouvernement fédéral dans le cadre des négociations concernant l'autonomie gouvernementale et les pouvoirs. En particulier, nous aimerions voir plus d'indépendance et de prise en charge de la part des Premières nations pour ce qui est du système de soins de santé que nous gérons. De façon générale, nous appuyons les efforts visant l'atteinte de l'autonomie gouvernementale au sens large, qui concerne la prise en charge de certaines grandes fonctions gouvernementales, mais nous nous concentrons surtout sur la prestation et la gestion autonomes des services de santé.

Comme je l'ai mentionné, nous avons délégué aux Premières nations une grande part de la responsabilité à l'égard de la prestation quotidienne des services de soins de santé, et nous les appuyons dans leurs efforts. En outre, nous essayons de collaborer avec elles afin d'intégrer les services que nous fournissons à ceux qui relèvent des provinces, puisque le gouvernement fédéral ne finance qu'un nombre limité de services de santé dans les réserves. La majorité des services offerts aux Premières nations dans les réserves, c'est-à-dire les services hospitaliers et les services médicaux, sont de compétence provinciale. Nous travaillons avec les Premières nations afin qu'elles puissent jouer un plus grand rôle dans la prestation des services assurés par les gouvernements provinciaux afin qu'elles bénéficient d'une plus grande autonomie et qu'il existe un système plus intégré.

Un autre aspect de l'autonomie gouvernementale réside dans la capacité des membres des collectivités à fournir les services souhaités. Nous aidons les Premières nations et les Inuits à obtenir la formation dont ils besoin pour devenir médecins, infirmiers, dentistes ou administrateurs de services de santé, ce qui leur permettra de s'occuper eux-mêmes de la prestation des services. Comme ils font partie des collectivités, ils comprennent la culture.

Pour sa part, Santé Canada essaie d'encourager la mise en valeur de la culture. Dans le cadre du Programme national des modèles autochtones, que nous finançons, et qui bénéficie de l'appui de la gouverneure générale, et nous lui en sommes d'ailleurs très reconnaissants, on choisit environ 17 jeunes qui ont montré qu'ils peuvent réussir et, par le fait même, que la réussite existe chez les Autochtones. Ce programme fait naître un

Achievement Awards process where they try to encourage Aboriginal people to have a sense of pride and culture.

We also work with Aboriginal people to ensure that their traditional medicine and healing are integrated with the services as best we can. There are all sorts of legal difficulties in trying to manage this, but we think our service should support a more holistic understanding of health; often our usual service does not give enough attention to the cultural and spiritual aspects. Therefore, we have within many of the centres that we fund healing lodges and traditional healers who can try to work with a more Western medicine specialist.

We see these as all part of the self-government perspective, not just the legal instrument of self-government but also self-government in its many manifestations.

Senator Cochrane: I believe you mentioned earlier during the first round of questions from Senator Eggleton that your main focus is on groups that are resilient. You referred to the resilience of communities to become self-sufficient and have fewer problems.

Mr. Reading: I was suggesting that there are important lessons to learn from communities that are healthier at a similar level of income and resources than communities that are not as healthy. In terms of research, we are not too sure about what constitutes resiliency in the context of some communities.

Aboriginal people do not have a monopoly on that question. It is a relevant question for all communities in Canada.

Senator Cochrane: I look at the adverse, whereby if we would concentrate on the opposite, on those individuals and communities who are truly deprived and who cannot cope, maybe by doing that, we could find even one solution.

Mr. Reading: I do not want to suggest for a moment that we would ever ignore a community that is experiencing extreme poverty, for example. We know enough that in those circumstances where the determinants of health are so severely lacking there are basic health measures we can implement. Part of the reason we are having this dialogue is that we know quite a bit about what constitutes healthy communities. There is a lack of political will to move on some of these basic fundamental aspects. We are talking about adequate water in a country that has a human development index that ranks among the top in the globe. Yet, First Nations are ranked somewhere around sixty-third, comparable to Thailand and Mexico and middle-income countries. Many communities within the province of Ontario, as recent reports in *The Globe and Mail* have shown, are at low-income country levels like sub-Saharan Africa and places like that. Yes, I could not agree with you more, and it is extremely frustrating.

My opinion differs from the conversation here around governance quite a bit. I think there has to be a radical rethinking of governance. It has to be based on a Jeffrey Sachs

sentiment of fierté. Nous contribuons aux Prix nationaux d'excellence décernés aux Autochtones en vue de les encourager à être fiers d'eux et de leur culture.

Nous collaborons également avec les Autochtones afin d'intégrer le mieux possible leur médecine et méthodes de guérison traditionnelles aux services de santé. Cela entraîne toutes sortes de difficultés d'ordre juridique, mais nous croyons que nous devons favoriser une approche plus holistique en matière de soins de santé, les aspects culturel et spirituel étant souvent négligés dans la prestation des services. Par conséquent, dans un grand nombre des centres que nous finançons, il existe des pavillons de ressourcement, et des guérisseurs peuvent essayer de travailler avec des spécialistes de la médecine occidentale.

À notre avis, toutes ces mesures contribuent à l'autonomie gouvernementale, non seulement du point de vue juridique, mais à de nombreux autres niveaux.

Le sénateur Cochrane : Lorsque vous répondiez au sénateur Eggleton durant le premier tour de table, vous avez dit, je crois, que vous vous intéressez surtout aux collectivités vigoureuses qui sont en mesure de devenir autonomes et qui ont moins de problèmes.

M. Reading : On peut en apprendre beaucoup en étudiant les collectivités qui sont plus vigoureuses que d'autres ayant des moyens financiers et des ressources comparables. La recherche ne nous a pas encore permis de déterminer pour certaines collectivités ce qui les rend vigoureuses.

Ce genre d'examen ne vaut pas seulement pour les Autochtones; il est valable pour toutes les communautés canadiennes.

Le sénateur Cochrane : D'un autre côté, si on étudie les gens et les localités qui sont vraiment démunies et qui ne savent pas comment s'y prendre, on pourrait peut-être trouver ne serait-ce qu'une seule solution.

M. Reading : Je ne veux absolument pas laisser entendre que nous devrions négliger un groupe de la population qui éprouve des difficultés, comme l'extrême pauvreté. Nous savons très bien que lorsque les déterminants de la santé sont faibles, nous pouvons mettre en œuvre des mesures sanitaires de base. Si cette discussion a lieu, c'est en partie parce que nous avons une bonne idée de ce qui constitue une collectivité saine. Il existe un manque de volonté politique à l'égard de certains des aspects fondamentaux. Prenons par exemple le problème de l'eau potable. Le Canada figure parmi les premiers pays au classement de l'indicateur du développement humain dans le monde, et pourtant, les Premières nations occupent la 63^e place, ce qui est comparable à la Thaïlande, au Mexique et aux pays à revenu intermédiaire. Comme en a fait état le *Globe and Mail* récemment, un bon nombre de collectivités en Ontario vivent dans les mêmes conditions que les habitants des pays à faible revenu, comme l'Afrique subsaharienne. Je suis entièrement d'accord avec vous, la situation est très décourageante.

Je ne partage pas le même point de vue concernant l'autonomie gouvernementale; je crois qu'une remise à plat s'impose. Elle doit être basée sur un modèle semblable à celui proposé par

kind of model. He is a world economist who takes an approach of differential diagnosis to the problem of communities and even nation states. For example, to have sustainable economic development, you need to have a sharing of resources at the regional level. Canada is an economy based on natural resource extraction. We cannot get away from that. The irony is that the resources are extracted along with the wealth, and they flow south where people drive Mercedes and live in 6,000-square-foot houses, while people who live in the regions where the resources are extracted from have a depletion of the assets. It is more insidious than that, because before industry came to the region they were able to have a traditional way of life where they could gather food from the forest in the traditional ways, and in many cases environmental degradation left by multi-national firms extracting resources has reduced that asset and reduced the ability of those people to be able to extract a living, and consequently they rely on handouts from the government and have to go to a food store where they do not have adequate nutritional choices for their children.

Senator Cochrane: You do not have to go to the native community to find that.

Mr. Reading: No, but we are talking about native health. If you want to hear the truth, I will give it to you.

The Chairman: Senator Cochrane is from Newfoundland and is worried about her oil.

Mr. Reading: I am from Newfoundland as well.

Senator Fairbairn: I am glad we have this group. Mr. Potter and I have known each other for a long time. He is still in there and still working. That is a very helpful and comforting thought.

The question was raised about the importance of self-government. I would say it is at the very foundation of what we are talking about here today.

I live surrounded in the southwest corner of Alberta with Treaty No. 7, and right across the river is the Blood Tribe. They are the largest and wealthiest community in Canada, but when you are on reserve, you see just what we are talking about here. There are great difficulties. With the best will in the world, somehow we do not get it right very often in the way in which we are dealing with our friends. This is truly a problem, because we have much to answer for. There was a time when our Aboriginal community, wherever it was in Canada, did get along pretty well. We came along with all sorts of changes and rules and laws and whatever. The Aboriginal people have the will, I think, but they need the tools to get where they want to go and we want them to go, and that is a very difficult part of this equation.

Today I was flying back from Saskatchewan and reading in the newspaper that we have gone through so many issues where health care has not been available, either at the beginning or in between or even at the end. Historically, we have watched communities virtually pass away from smallpox. We read in the

Jeffrey Sachs, un économiste connu mondialement qui utilise une approche qu'il appelle le diagnostic différentiel pour étudier les problèmes qu'ont certains groupes de la population et même certains États-nations. Pour assurer un développement économique durable, le partage des ressources au niveau régional est essentiel. L'économie canadienne repose sur l'exploitation des ressources naturelles. C'est la réalité. L'ironie est que les ressources extraites sont exportées vers le sud en même temps que la richesse; là où les gens conduisent des Mercedes et vivent dans des demeures de 6 000 pieds carrés, alors que les habitants des régions d'où proviennent ces ressources s'appauvrissent. Ce qui est encore plus déplorable, c'est qu'avant que l'industrie vienne s'installer dans ces régions, la population était capable de vivre selon un mode de vie traditionnel; elle dépendait, par exemple des richesses de la forêt pour se nourrir. Dans bien des cas, la dégradation de l'environnement causée par les multinationales qui exploitent les ressources a entraîné une diminution de ces richesses et, par le fait même, de la capacité des gens par le fait même d'assurer leur subsistance. En conséquence, pour se nourrir, ils doivent dépendre de l'aide gouvernementale et des épiceries, où il y a un manque d'aliments nutritifs adéquats pour leurs enfants.

Le sénateur Cochrane : Ce problème n'existe pas seulement dans les collectivités autochtones.

M. Reading : Non, mais nous parlons de la santé des Autochtones. Si vous voulez connaître la réalité; la voici.

Le président : Le sénateur Cochrane vient de Terre-Neuve-et-Labrador et s'inquiète en ce qui concerne les ressources pétrolières de la province.

M. Reading : Moi aussi, je viens de là.

Le sénateur Fairbairn : Je suis ravie que nous soyons tous ici. Cela fait longtemps que nous nous connaissons, M. Potter et moi. Il continue à être très actif, et c'est très rassurant.

On a discuté de l'importance de l'autonomie gouvernementale. Je dirais que c'est à la base des problèmes que nous soulevons aujourd'hui.

J'habite le Sud-Ouest de l'Alberta, là où a été signé le Traité n° 7, et de l'autre côté de la rivière vit la Tribu des Blood. Il s'agit de la collectivité la plus grande et la plus riche au Canada, mais si vous visitez la réserve, vous verrez ce dont on parle aujourd'hui. Elle connaît d'importantes difficultés. Même avec toute la volonté du monde, il semble que nous échouons souvent quand vient le temps d'aider nos amis. Et c'est réellement un problème, parce que nous avons des comptes à rendre. Il fut un temps où les Autochtones dans l'ensemble du Canada s'en tiraient assez bien jusqu'à ce que nous imposions des changements, des règlements et des lois. Les Autochtones ont la volonté, mais il faut leur donner les moyens d'atteindre les objectifs qu'ils veulent atteindre et que nous voulons qu'ils atteignent; et cela fait partie du problème.

Aujourd'hui, en revenant de la Saskatchewan en avion, j'ai lu dans un journal que très souvent les soins de santé n'ont pas été disponibles. Dans le passé, nous avons vu des collectivités presque entières disparaître à cause de la variole. On apprend aussi dans les journaux qu'on s'interroge maintenant sur ce qui s'est passé

paper about a whole new door that has opened on the question of what happened with children in schools with respect to tuberculosis. We have to be partners with our native people when we talk about self-government and wanting to help. It is not because we have to; it is because we want to. That is a message that does not get through all the time.

We have talked about diabetes and about tuberculosis, but one thing did not come up today, and I wonder if some of you could raise it because it is an issue with the health of our Aboriginal people from their earliest moments. Something that is very troubling is fetal alcohol syndrome. We did have a wonderful senator here in our midst from the Yukon, and that was going to be her whole cause as a senator. How can we help? I am really looking at you, Mr. Reading. How can we hold out a hand and try to work with the native people? It is so simple, of all the health issues. It is a question of if you do not drink, then you can have healthy babies and healthy lives. We ought to be able to help with that, and maybe this is something in our work as a committee that we could help with.

Mr. Reading: I addressed this in the background paper I wrote for this, and it is part of the official submission. In studies that look at women who engage in smoking and consumption of drugs and alcohol during pregnancy, there is certainly an overrepresentation of First Nations and Aboriginal women, but when you actually include non-Aboriginal women and you control for the effects of Aboriginal versus non-Aboriginal, the factors that come out are poverty. It is all linked to poverty, so the main policy lever is the eradication of poverty. Like so many issues, poverty is driving ill health, not only in Canada but around the world. As we heard, the Blood Tribe have perhaps high income, but there could be within that community nested pockets of extreme poverty. This whole dialogue is about addressing the social determinants and looking at those.

One of the best ways to resolve poverty is through education. You obtain an education, you obtain employment, and from employment you get the resources and purchase the services you need. You also gain not just the financial aspect but also an appreciation of things. All the studies have shown that these are associated factors.

Fetal alcohol syndrome is a perfect example of what I was talking about before, where the native community gets branded with an issue that essentially characterizes them as being totally dysfunctional. The fact is that fetal alcohol syndrome is starting to show up in women who are working as executives, do not know they are pregnant in the first trimester and are drinking socially to keep up with their male counterparts in the business world because it is expected. We do not see executive women characterized as being totally dysfunctional, but they are starting to have babies with fetal alcohol syndrome or fetal alcohol effects.

dans les pensionnats en ce qui concerne la tuberculose. Il faut établir des partenariats avec les Autochtones quand il s'agit de les aider à atteindre l'autonomie gouvernementale. Ce n'est pas parce qu'on doit le faire, mais parce qu'on veut le faire. Cependant, ce message n'est pas toujours transmis.

On a parlé du diabète et de la tuberculose, mais une question qui n'a pas été soulevée — et j'aimerais qu'on en parle aujourd'hui parce qu'elle concerne la santé des Autochtones en début de vie — est celle du syndrome d'alcoolisation fœtale, un problème très grave. Une extraordinaire collègue, qui représente le Yukon, avait affirmé son intention de s'attaquer principalement à ce dossier. Comment pouvons-nous venir en aide? Cette question s'adresse à vous, monsieur Reading. Comment pouvons-nous tendre la main aux Autochtones et travailler avec eux? De toutes les questions de santé, c'est celle à laquelle il est le plus facile de répondre : quand on ne boit pas, on donne naissance à des enfants en santé et on mène une vie saine. Nous devrions être capables d'intervenir, et le comité pourrait peut-être faire quelque chose.

M. Reading : Je traite de cette question dans les notes d'information que j'ai préparées et présentées. Des études effectuées sur les femmes qui fument et qui consomment de la drogue et de l'alcool pendant la grossesse montrent une surreprésentation de femmes autochtones et des Premières nations. Toutefois, si l'on tient compte des femmes non autochtones et que l'on compare les deux groupes, on constate que le facteur en commun est la pauvreté. Puisque tout est lié à la pauvreté, l'objectif premier est l'élimination de ce problème. Comme de nombreux autres facteurs, la pauvreté a des conséquences néfastes sur la santé non seulement au Canada mais partout dans le monde. Nous avons mentionné que le revenu des membres de la Tribu des Blood est élevé; toutefois, il se pourrait que l'extrême pauvreté existe au sein de cette communauté. Toute cette discussion a pour objet d'examiner les déterminants sociaux et de trouver des moyens de les améliorer.

L'éducation constitue une des meilleures façons de résoudre le problème de la pauvreté. Elle permet de trouver un emploi, d'avoir un revenu et ainsi de pouvoir assumer le coût des services nécessaires. Grâce à l'éducation, nous pouvons non seulement améliorer notre situation financière, mais profiter de la vie. Toutes les études montrent que ces facteurs sont liés.

Le syndrome d'alcoolisation fœtale est un excellent exemple de ce dont je vous parlais précédemment, c'est-à-dire lorsqu'une communauté autochtone est cataloguée comme étant totalement dysfonctionnelle. En fait, ce syndrome commence à apparaître chez les femmes qui occupent un emploi de gestionnaire, qui ignorent qu'elles sont enceintes durant le premier trimestre de leur grossesse et qui boivent quelques verres à l'occasion pour agir comme leurs homologues masculins dans le monde des affaires, parce que c'est ce qu'on attend d'elles. Ces femmes ne sont pas cataloguées comme étant totalement dysfonctionnelles, mais elles commencent à donner naissance à des enfants atteints du syndrome d'alcoolisation fœtale ou souffrant des effets de l'alcoolisme fœtal.

The Chairman: I am afraid we have to vacate the room because someone else is coming in here.

We did not get to ask questions of Mr. Ball and Mr. Brooks, but unfortunately, that is the name of the game. We have limited time. We could have gone on for another two hours.

Since we are not being evicted just at the moment, there was one very important issue raised by you, Mr. Ball, and that is the flow of information. Are you connecting with Canada Health Infoway with their new initiatives and new funding? I know the Public Health Agency of Canada is connecting with Canada Health Infoway, but I mean specifically in this area, is there a connection that will allow you to wire the system, so to speak?

Mr. Ball: Canada Health Infoway is certainly creating a foundation for better information collection management and, ultimately, its application. There are some fundamental issues that we need to resolve, as I mentioned, concerning privacy protection and use of information related to Aboriginal peoples. Those issues need to be addressed. We are working together within the health portfolio and with Aboriginal organizations in order to do that.

Clearly, Canada Health Infoway is one of the sources of support that will build a better foundation overall for information on population health of all Canadians and, hopefully, Aboriginal people.

Senator Cook: Thank you. First I should apologize for coming in late, but conflict with meetings does that to us around here.

I listened to all the expertise, the wisdom and all those components that are there, designed to care for those people and to bring them up to the norm. I wonder when all this will manifest itself in a community setting.

I am from Newfoundland and Labrador. I preoccupy my head, as I am sure Senator Cochrane does, with a model community in Conne River that is just wonderful. I try to see what elements are missing that makes Davis Inlet so different from Conne River and I see a lack of opportunity. Where do the people in Davis Inlet work? What do they do? What is there for their children? They still live in isolation, whereas the people in Conne River are connected.

At what point can we do something across the spectrum? Last week, I heard that a dozen eggs in Davis Inlet costs \$8. When we look at nutrition, is there some way we can use subsidies so that those people do not feel they are getting handouts, that they are on a level playing field when it comes to the purchase of food? Surely that is one of the policies?

Why can we not move? We can build wells in Angola. I have helped as a member of the Girl Guide Movement. Why can those simple community projects not happen in our First Nations communities? Because, for sure, we destroyed them. I preoccupied

Le président : J'ai bien peur qu'il nous faille libérer cette pièce, car quelqu'un d'autre voudrait entrer.

Nous n'avons pu poser de questions à MM. Ball et Brooks, mais c'est la règle du jeu. Le temps dont nous disposons est limité. Nous aurions pu continuer encore pendant deux bonnes heures.

Étant donné que nous ne devons pas quitter la salle immédiatement, il y a une question très importante soulevée par vous, monsieur Ball, dont je voudrais parler. Elle concerne la diffusion de l'information. Avez-vous accès à Inforoute Santé du Canada et êtes-vous au courant de leurs récentes initiatives et de leur nouveau financement? Je sais que l'Agence de santé publique du Canada est branchée à Inforoute Santé du Canada mais, dans ce cas particulier, y a-t-il une connexion qui vous permet de vous brancher au système, pour ainsi dire?

M. Ball : Inforoute Santé du Canada jette certainement les bases d'une meilleure gestion de la collecte d'informations ce qui, au bout du compte, est bon pour son application. Comme je l'ai dit, nous devons résoudre certains problèmes fondamentaux concernant la protection de la vie privée et l'utilisation des renseignements relatifs aux Autochtones. Nous devons nous pencher sur ces problèmes. Nous travaillons en collaboration au sein du portefeuille de la santé et avec les organisations autochtones dans ce but.

Il est évident qu'Inforoute Santé du Canada constitue l'un des piliers qui permettra de mieux établir les fondements de la collecte d'informations sur la santé de la population canadienne en général et celle des peuples autochtones en particulier.

Le sénateur Cook : Merci. Tout d'abord, je vous prie de m'excuser pour mon retard. Cela arrive lorsque les réunions se chevauchent.

J'ai écouté tous les experts dans leur grande sagesse et compris tout ce qu'on met en œuvre pour venir en aide à ces personnes et les ramener à la normalité. Je me demande quand tout cela se concrétisera au sein de la communauté.

Je viens de Terre-Neuve-et-Labrador. Je m'intéresse beaucoup, tout comme sans aucun doute le sénateur Cochrane, à une communauté modèle tout à fait remarquable à Conne River. J'essaie de comprendre ce qui manque à la communauté de Davis Inlet pour qu'elle soit si différente de celle de Conne River et je me rends compte que c'est le manque de possibilités. Où les gens de Davis Inlet travaillent-ils? Que font-ils? Quelles sont les ressources offertes à leurs enfants? Ils vivent encore en vase clos, tandis que les gens de Conne River sont branchés à Internet.

Comment pouvons-nous intervenir? La semaine dernière, j'ai entendu dire qu'une douzaine d'œufs coûtait 8 \$ à Davis Inlet. Pour répondre à leurs besoins nutritionnels, pourrions-nous recourir à des subventions afin que ces personnes n'aient pas l'impression qu'on leur fait la charité, et qu'elles aient des chances égales aux autres en ce qui concerne l'achat de nourriture? Ce serait certainement une politique à envisager.

Pourquoi ne pouvons-nous pas agir? Nous pouvons creuser des puits en Angola. J'y ai participé comme membre du Mouvement des guides. Pourquoi ces simples projets communautaires ne peuvent-ils pas aboutir dans nos communautés des Premières

myself for years with residential schools and our First Nation people and I woke up yesterday and no, it will never end. Now it is tuberculosis and the things we did not know that happened to those people.

I have thrown a lot of questions that I would like a few simple answers to, thank you.

Mr. Brooks: I will try to respond to a few of them. I have actually done quite a bit of work with Conne River in the past. There are always determinants for what makes a community successful and what does not. We do appreciate the problems with Davis Inlet. A fundamental determinant with Conne River is leadership. When you have a leader and council that has a vision and a community plan to put the vision together that encompasses socioeconomic components, where the community is today, where they hope to be in 10 or 15 years down the road and how they will get there, including all components like health, education, economic development, maintenance, caring for infrastructure and developing partnerships with other communities, that goes a long way.

I realize there are many issues with Davis Inlet and I cannot say too much on that.

One issue you did bring up, senator, was subsidization. Our department has a program referred to as food mail. I do not run that program, but it does provide partial subsidization, recognizing, to be honest, that food in remote communities is extremely expensive. I have heard cases of a litre of milk costing \$12 in some communities. We are looking at some determinants of health right there. Getting fresh produce in many communities is virtually impossible because of the excessive cost to get it there.

Senator Cook: Are you saying that with the subsidies those are prices to the consumer?

Mr. Brooks: I do not know enough about the program to give you precision, but I would be willing to come back and provide that information.

Senator Cook: It is a dignified way of approaching a problem. People have a right to decent food and a right to live wherever they want.

Mr. Reading: In Ontario, and across Canada, the liquor control board makes sure that a bottle of alcohol, like rum or whisky, is set at a standard price for a province; if you buy it in Northwestern Ontario it will be the same price as it is in Ottawa. However the price of food varies quite a bit.

If we can afford to subsidize and democratize the purchase of alcohol across the province, even in remote areas, why can we not democratize and equalize the price of food for children? It seems to be backwards. I would not mind having to pay a higher price for alcohol to have a guaranteed basket

nations? Parce que nous les avons sacrifiées, bien sûr. Durant des années, je me suis occupée de la question des pensionnats autochtones et de nos Premières nations et hier, je me suis réveillée en disant non, cela n'aura jamais de fin. Maintenant, ces personnes font face à la tuberculose et à des problèmes que nous ignorions.

J'aimerais qu'on me donne quelques réponses simples aux questions que j'ai posées. Merci.

M. Brooks: Je vais essayer de répondre à quelques-unes de vos questions. J'ai beaucoup travaillé pour Conne River dans le passé. Il y a toujours des éléments déterminants qui font qu'une communauté s'en sort bien ou pas. Nous sommes conscients des problèmes de la communauté de Davis Inlet. Le leadership est un facteur essentiel à Conne River. Ce qui contribue grandement au succès de cette communauté, c'est le fait qu'elle a un dirigeant et un conseil dotés d'une vision, assortie d'un plan pour la mettre en œuvre. Celle-ci porte sur les facteurs socioéconomiques, la situation dans la communauté aujourd'hui, les projections sur 10 ou 15 ans et les moyens requis pour qu'elles se concrétisent, y compris la santé, l'éducation, le développement économique, l'entretien des infrastructures et le développement de partenariats avec d'autres communautés.

Je comprends qu'il existe beaucoup de problèmes à Davis Inlet et je ne peux pas trop en parler.

Vous avez soulevé la question des subventions, sénateur. Notre service a un programme que l'on nomme Aliments-poste. Je ne gère pas ce programme, mais je sais qu'il couvre, au moyen de subventions, une partie des frais d'expédition, en tenant compte, bien franchement, du prix extrêmement élevé des aliments dans les communautés éloignées. Dans certaines, un litre de lait coûte 12 \$. Il s'agit là d'aliments essentiels pour la santé. Pour bon nombre de communautés, l'accès à des produits frais est pratiquement impossible à cause du coût excessif du transport des marchandises.

Le sénateur Cook : Êtes-vous en train de dire qu'on pratique ces prix malgré les subventions accordées?

M. Brooks : Je ne connais pas assez le programme pour vous l'affirmer, mais je pourrais revenir et vous fournir l'information.

Le sénateur Cook : C'est une façon habile d'éluder la question. Les gens ont droit à de la nourriture décente et peuvent vivre là où ils le veulent.

M. Reading : En Ontario et ailleurs au Canada, la régie des alcools s'assure que le prix d'une bouteille d'alcool, comme du rhum ou du whisky, est le même partout dans la province, qu'on l'achète dans le Nord-Ouest de l'Ontario ou à Ottawa. On ne peut pas en dire autant pour le prix de la nourriture.

Si nous pouvons subventionner et rendre accessible l'alcool partout dans la province, même dans les régions éloignées, pourquoi ne pouvons-nous pas le faire pour les aliments destinés aux enfants? Ça semble illogique. J'accepterais de payer plus cher pour de l'alcool si on me garantissait un panier de nourriture

of food that had all the nutritional components for healthy development. To me, that is a doable thing we can recommend.

The Chairman: We will see that that is in the report for sure.

Thank you very much. We really do have to run. We are in somebody else's territory right now.

To the committee, could we have a five minute in camera meeting in the room next door? We had a meeting of the steering committee yesterday on which we would like to report.

The committee continued in camera.

OTTAWA, Wednesday, May 2, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:04 p.m. to examine and report upon the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Good afternoon, everyone. Thank you for coming, many of you from right across our land, to be with us.

This study on population health fundamentally looks at all of the factors that influence health, including the health care system, but there are at least 13 major determinants that we have now identified in Canada and the rest of the world. We hope to analyze these determinants in detail and make recommendations about the health of segments of our population that are not as healthy as they should be at this point in time. We hope their health status can be improved through our recommendations.

Without further ado, we shall begin. Our first witness is Professor Sylvia Abonji, the Canada Research Chair in Aboriginal Health of the Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, University of Saskatchewan.

Sylvia Abonji, Canada Research Chair in Aboriginal Health, Research Faculty, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit: Thank you very much for this invitation. I am extremely honoured to be invited here today to share my experiences with this committee.

As I have given you my notes, I thought it might be useful to tell you about myself, in order for you to know the context I am coming from with my comments.

dans lequel je retrouverais tous les éléments nutritionnels nécessaires à une saine croissance. À mon avis, c'est une chose réalisable que nous pouvons recommander.

Le président : Nous verrons certainement à ce que cette recommandation apparaisse dans le rapport.

Merci beaucoup. Nous devons vraiment partir. Nous occupons la place de quelqu'un d'autre présentement.

Chers membres du comité, pourrions-nous nous réunir à huis clos durant cinq minutes dans la pièce voisine? Nous avons tenu une réunion du comité directeur hier et nous aimerions vous présenter un compte rendu.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

OTTAWA, le mercredi 2 mai 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 4 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé, et en faire rapport.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Bonjour, tout le monde. Merci à tous d'être venus; bon nombre d'entre vous avez traversé tout le pays pour être ici avec nous.

L'étude sur la santé des populations vise essentiellement à examiner tous les facteurs qui ont une incidence sur la santé, y compris le système de soins de santé, mais il existe au moins 13 grands déterminants que nous avons maintenant cernés au Canada et dans le reste du monde. Nous espérons analyser ces déterminants en détail et formuler des recommandations concernant l'état de santé de certains segments de notre population, qui n'est pas aussi bon qu'il devrait l'être. Nous espérons que nos recommandations permettront d'apporter des améliorations dans ce sens.

Sans plus tarder, nous allons commencer. Nous accueillons d'abord la professeure Sylvia Abonji, chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, Université de la Saskatchewan.

Sylvia Abonji, chaire de recherche pour la santé des Autochtones au Canada, Faculté de recherche, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit : Je vous remercie infiniment de votre invitation. Je suis très honorée d'avoir été invitée ici aujourd'hui pour faire part de mes expériences au comité.

Comme je vous ai donné mes notes, j'ai cru qu'il pourrait être utile de vous parler de moi pour que vous connaissiez le contexte dans lequel se situent mes commentaires.

I have been lucky for the past seven years to be working with the Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit — SPHERU — working with northern Saskatchewan communities to look at their perspectives on the determinants of health. I will share today some of that experience from there.

At the beginning, it is important to say that I myself am not Aboriginal. I come from immigrant and refugee parentage. I am a first-generation Canadian, to put it in context. The views I am sharing are the perspective of a researcher who has worked with some of these communities. I have a Ph.D. in anthropology from McMaster University. We have a fairly diverse background on the panel here, so it might be useful to know what our disciplinary roots are.

As I said, for the past seven years, I have been with SPHERU and am also with the Department of Community Health and Epidemiology at the University of Saskatchewan. My comments today stem from the research experiences and community relationships I have developed as part of SPHERU. Our unit is made up of an 11-member interdisciplinary research team with a mission to promote health equity by understanding and addressing health disparities through policy-relevant research. We have identified three major theme areas in Saskatchewan that we focus on: northern and Aboriginal health, healthy children, and rural health. We have different people who take a lead on those areas.

I know one of the things the Senate committee is interested in involves interventions. We recognize that there are multiple levels of interventions around the determinants of population health targeted from individuals at risk up to communities and more broadly. Just to add to that, we try to think of the research approach that we take also as a kind of intervention, the approach we take being capacity-building, shared control, and cultural relevance of the work we do as a unit.

When I inquired about some of the questions the committee might have for us today, one of them was around the determinants of health in the Aboriginal populations of Canada. Your interest might be how those determinants differ from the 13 identified for Canadians in general. How do these health determinants interconnect? What is the capacity of government to engage with the determinants of health, and what are the priority areas for action?

Again, the entree to that conversation in Saskatchewan has been through some of the health issues with which people identify when we begin a conversation about why. Some of the things people talk about that lead to poor health status are mental health and addictions issues, high suicide rates, chronic health conditions such as diabetes and heart disease, and high rates of injury and death from preventable injuries, and high rates of violence.

J'ai la chance de travailler depuis sept ans à la Saskatchewan Population Health Evaluation Research Unit — la SPHERU — et de travailler auprès des collectivités du Nord de la Saskatchewan pour examiner leurs points de vue sur les déterminants de la santé. Je vous ferai part aujourd'hui de cette expérience.

Il est important de mentionner d'entrée de jeu que je ne suis pas Autochtone. Je suis une Canadienne de première génération dont les parents étaient des immigrants réfugiés. C'est à titre de chercheuse ayant travaillé auprès de quelques-unes de ces collectivités que je m'adresse à vous aujourd'hui. Je possède un doctorat en anthropologie de l'Université McMaster. Les témoins réunis aujourd'hui ont un bagage passablement diversifié, alors il peut être utile de savoir quelle est notre formation.

Comme je l'ai dit, au cours des sept dernières années, j'ai occupé un poste à la SPHERU et je travaille aussi au département de santé communautaire et d'épidémiologie de l'Université de la Saskatchewan. Mon exposé d'aujourd'hui est fondé sur les études que j'ai réalisées et les relations communautaires que j'ai nouées dans le cadre de mon travail à la SPHERU. Notre service se compose d'une équipe de recherche interdisciplinaire de 11 membres, dont la mission consiste à promouvoir l'équité en matière de santé en examinant et en comprenant les disparités sur le plan de la santé dans le cadre d'études stratégiques. Nous avons cerné trois thèmes principaux en Saskatchewan sur lesquels nous nous concentrons : la santé des habitants du Nord et des Autochtones, la santé des enfants et la santé en milieu rural. Diverses personnes dirigent les travaux dans ces secteurs.

Je sais que le comité sénatorial s'intéresse, entre autres, aux interventions. Nous reconnaissons qu'il y a de multiples niveaux d'interventions qui s'articulent autour des déterminants de la santé des populations, allant des interventions auprès des personnes à risque aux interventions à l'échelle de la collectivité. Par ailleurs, nous considérons l'approche de la recherche que nous effectuons comme une sorte d'intervention, puisqu'elle est axée sur la capacité, le contrôle partagé et la pertinence culturelle des travaux que notre service effectue.

Lorsque j'ai demandé quelles questions le comité pourrait nous poser aujourd'hui, l'une d'elles portait sur les déterminants de la santé chez les populations autochtones du Canada. Vous seriez peut-être intéressés de savoir comment ces déterminants diffèrent des 13 principaux facteurs qui touchent la santé des Canadiens en général. Comment ces déterminants de la santé sont-ils liés? Quelle est la capacité du gouvernement d'influer sur les déterminants de la santé, et quels sont les secteurs prioritaires?

Quand nous abordons ce sujet en Saskatchewan, nous parlons tout d'abord des problèmes de santé auxquels les gens s'identifient. Les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, les taux de suicide élevés, les maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiaques, les taux élevés de blessures et de mortalité attribuables à des blessures évitables ainsi que les taux élevés de violence sont quelques-uns des facteurs que les gens associent à un piètre état de santé.

People also talk about having limited involvement in the delivery of health services at the local level and not feeling empowered to take responsibility for their own health, on an individual level and with families and communities.

At the same time, people say that there are significant strengths in northern Saskatchewan that create a fertile ground for innovative partnerships, a couple of which I will talk about later.

In the main, there is a strong tradition of partnership in the province as a whole, a strong sense of unity in a very diverse group, a very strong sense of community in the North and a very strong desire to change some of the health issues that I briefly alluded to.

In terms of our research role and how we became involved in northern Saskatchewan, it began with doing a health transfer evaluation for one of the organizations in the province, and that is simply having the services for which they have control and funding — they need an evaluation of that every five years. Hence, we began there. At the same time, we were also working with the Inuit Tapiriit Kanatami, who had asked us to look at some of the indicators of health in a framework that would make sense.

In working with these diverse groups, we learned that both were highlighting common concerns about understanding and addressing the key determinants of health from within frameworks driven by culturally relevant notions of health and well-being developed at the local community level. As we tackled both of the contracts we were doing, communities were asking larger-level questions that could not be answered with the kinds of indicators around aggregations of individual data. They were interested in knowing how all of their programs and services — not just, for example, the health programs, social services and justice — intersect to create a healthier community. How do these things fit into their view of a healthy community? At the same time, they are arguing how we measure progress in these areas with the kinds of indicators we use. The development of those indicators also needs to be defined at the community level and should reflect local definitions of health and well-being.

That led to a research project that we have just been wrapping up with the northern Saskatchewan communities. We worked with them to define broad domain areas, which looked very much like the health determinants that you might see, and to identify some indicators. There is a framework diagram in the papers that I circulated, and the northern communities collectively agreed that that framework is the one for how they see the health of their communities.

We also looked at the fact that there is that common framework, but recognizing the diversity, we came up with a suite of measures that communities could apply in each of these health determining areas, with the communities saying that some of those made sense for them but others did not. To measure progress in culture and identity, one community might use three

Les gens disent aussi qu'ils s'occupent peu de la prestation des services de santé au niveau local et qu'ils n'ont pas le pouvoir d'assumer la responsabilité de leur propre santé, aux niveaux individuel, familial et communautaire.

Par ailleurs, il y a aussi des points forts importants dans le Nord de la Saskatchewan qui constituent un terrain fertile pour les partenariats novateurs, dont je vous parlerai plus tard.

Dans l'ensemble, il existe une tradition bien ancrée de partenariat dans la province, un solide sentiment d'unité dans un groupe pourtant très diversifié, un profond sentiment d'appartenance à la communauté dans le Nord et un vif désir de régler quelques-uns des problèmes de santé dont j'ai brièvement fait allusion.

Concernant notre rôle de chercheurs et la façon dont nous avons commencé nos travaux dans le Nord de la Saskatchewan, nous avons d'abord fait une évaluation des transferts relatifs à la santé pour un des organismes de la province — une évaluation doit être faite tous les cinq ans simplement pour avoir les services pour lesquels ils ont un contrôle et un financement. Les choses ont donc commencé ainsi. Durant la même période, nous avons travaillé aussi avec l'Inuit Tapiriit Kanatami, qui nous avait demandé d'examiner les indicateurs de la santé dans un cadre qui serait pertinent.

Nos travaux auprès de ces groupes ont fait ressortir des préoccupations communes au sujet de l'importance d'examiner et de comprendre les déterminants de la santé de la population à partir de cadres tenant compte des notions culturelles de santé et de bien-être dans les collectivités locales. Au cours de l'exécution des deux contrats, les collectivités ont soulevé des questions plus générales auxquelles nous ne pouvions pas répondre au moyen des indicateurs fondés sur des regroupements d'expériences individuelles. Elles voulaient savoir comment tous leurs programmes et services — et non seulement les programmes de santé, les services sociaux et la justice, par exemple — interagissaient pour créer une communauté plus en santé. Comment ces choses correspondaient à leur perception d'une collectivité en santé? De même, elles remettaient en question la façon dont nous mesurons le progrès dans ces domaines avec les indicateurs que nous utilisons. Ces indicateurs devaient aussi être définis au niveau de la collectivité et tenir compte des définitions locales de la santé et du bien-être.

Ces travaux ont mené à un projet de recherche que nous venons tout juste de terminer auprès des collectivités du Nord de la Saskatchewan. Nous avons travaillé avec elles pour définir les principaux domaines de la santé, qui ressemblaient beaucoup aux déterminants de la santé, et pour cerner certains indicateurs. Il y a un diagramme dans les documents que j'ai distribués, et les collectivités du Nord ont convenu ensemble que ce diagramme correspond à la façon dont elles voient la santé des collectivités.

Nous nous sommes penchés sur le fait qu'il existe ce cadre commun, mais en reconnaissant la diversité, nous sommes arrivés à une série de mesures que les collectivités pouvaient appliquer dans chacun de ces secteurs déterminants pour la santé; les collectivités nous ont dit que quelques-unes de ces mesures étaient pertinentes pour elles, mais que d'autres ne l'étaient pas. Pour

or four measures, while another community might use two of the same measures but two other measures as well. There is some variability in how they assess how they are doing in a particular area.

In suggesting some of measures people might use, we also wanted to look at what is already being collected in national-level surveys and what can be comparable there. We identified some of those and areas where data already exists for people.

We wanted to be able to compare how communities are doing across and not just within, the idea of a core set of indicators that could be common, with variability built in with indicators that might be community-specific, so that communities also can get a sense of how they are doing in their place.

In some domain areas, there are some good indicators that people are already measuring in surveys elsewhere. In other areas, such as culture and identity, there are not good measures yet, so there needs to be some development.

I also wanted to say that this idea about measures and indicators is just information. With respect to what that information means and how it is interpreted, it is important to have that kind of discussion happen at multi-levels, including the community, so that you get a sense from community members as to what it means if we are saying "X percentage of people are speaking our language," "Y percentage of people have access to a certain physical activity."

The framework I have suggested identifies some of the health determining areas and maybe some of the measures that one might use. What is not yet clear is how those health determinants might interact with each other, and work still needs to be done in this area. There is this whole notion of why we want to measure that as opposed to this. How does that tell us what is happening? How do some of the things we are measuring under identity and culture intersect with what we are seeing in our services and infrastructure?

Part of the concern about understanding that dynamic at the local level is the larger-level work being done around developing indices, in which a whole bunch of measures are grouped and weighed in a particular way to come up with a sense of a collective well-being — which is very important work, the concern being that in aggregating up to those levels, some of the nuances might be lost by looking at some of those individual indicators. It is important to highlight that the indicator and indices happening at a national level is important, but the community side of things also must be taken into account. This is much in agreement with the Canadian Institute for Health Information in terms of what they are thinking as well.

Another question was about the capacity of government to encourage a population health approach in Aboriginal communities. My involvement there is not direct, but I wish to point to two directions where there are some successful multi-jurisdictional population health partnerships taking place in

mesurer le progrès en matière de culture et d'identité, une collectivité peut utiliser trois ou quatre mesures, tandis qu'une autre pourrait utiliser deux de ces mesures et deux autres différentes. La façon dont elles évaluent leur situation dans un domaine particulier varie.

En proposant ces mesures, nous voulions aussi examiner les données qui étaient déjà recueillies dans les enquêtes à l'échelle nationale et ce qui pouvait être comparé. Nous avons identifié certaines données ainsi que les domaines où des données existaient déjà.

Nous voulions être en mesure de comparer les collectivités les unes aux autres et non seulement face à elles-mêmes, l'idée étant d'avoir un ensemble commun d'indicateurs, avec certaines variables qui seraient propres à chacune des collectivités, pour que celles-ci puissent savoir un peu comment elles se situent.

Dans certains domaines, il existe de bons indicateurs que les gens mesurent déjà dans le cadre d'enquêtes. Dans d'autres domaines, comme la culture et l'identité, des mesures adéquates n'ont pas encore été élaborées, et il est nécessaire d'en concevoir.

Je tenais à dire également que ces mesures et ces indicateurs ne sont que des données. Quant à leur signification et leur interprétation, le débat doit se tenir à de multiples niveaux, y compris auprès de la collectivité, pour que vous sachiez au contact de ses membres ce que cela signifie quand on dit « X p. 100 de la population parlent notre langue », « Y p. 100 de la population ont accès à une certaine activité physique ».

Le cadre que j'ai proposé présente certains domaines déterminants pour la santé et certaines mesures pouvant être utilisées. Or, on ne sait pas encore exactement comment ces déterminants de la santé peuvent interagir, et des travaux sont encore nécessaires à ce chapitre. Il reste à savoir pourquoi nous voulons mesurer ceci par rapport à cela. Qu'est-ce que cela nous dit sur une situation donnée? Comment les choses que nous mesurons relativement à l'identité et la culture interagissent avec ce que nous voyons dans les services et les infrastructures?

Il est difficile de comprendre cette dynamique au niveau local en partie parce que les indices sont élaborés à une échelle plus vaste, où toute une série de mesures sont groupées et pondérées d'une façon particulière pour en arriver à un certain sens du bien-être collectif; ce travail est très important, mais il faut savoir qu'en regroupant les mesures à ces niveaux, certaines nuances peuvent être perdues quand on songe à certains indicateurs individuels. Il importe de souligner que les indicateurs et les indices que l'on relève à l'échelle nationale sont importants, mais la dimension communautaire doit aussi être prise en considération. Cet avis est partagé par l'Institut canadien d'information sur la santé.

On s'est demandé également quelle est la capacité de l'État d'encourager une approche globale de la santé des populations autochtones. Je ne m'occupe pas directement de cette question, mais j'aimerais proposer deux pistes de solution. Il y a d'abord des partenariats plurigouvernementaux en matière de santé de la

northern Saskatchewan that might be good models to look at. The other direction is to look at what is happening in the realm of research and role of the federal government.

The first is the Northern Health Strategy in northern Saskatchewan, which was recognized by the Romanow commission on the future of health care as a successful health partnership. The Northern Health Strategy working group that handles that strategy includes partners from six federal and First Nation jurisdictions, six provincial jurisdictions and one multi-jurisdictional health organization, which is the other health partnership that is a good model to look at.

The Northern Health Strategy partnership developed the Shared Paths for Northern Health project, which was funded through Canada's Primary Health Care Transition Fund, the Aboriginal envelope, and that funding allowed them to develop technical advisory committees that were organized around some of these major health issues identified earlier. Those committees were comprised of people delivering services and community members receiving those services. They worked together to develop plans to deal with those across the North and across the Aboriginal communities, First Nations, Metis and the provincial communities.

The technical advisories committees around specific issues were supported by other committees that focused on areas of human resources, information technology and health information systems as well as other committees and components that looked at cross-jurisdictional issues. As they were raising questions around how these things were supposed to work and how their plan was to be implemented, they could go to these committees with some of the barriers they were running into. The other health partnership was the Athabasca Health Authority.

In terms of priority areas, one priority is to look at how some of those health partnerships are working in northern Saskatchewan as innovative models. A second one is to continue funding initiatives such as Canada's Primary Health Care Transition Fund, which helped the Northern Health Strategy in its planning activities. Another one that is unfolding is the Aboriginal Health Transition Fund. It has been around for three years, but no money is flowing yet to the communities. That is just starting. Three years down the road, the proposals that have come from communities are in the assessment stage now, so it is a fairly slow rollout.

Another priority is more research in the community health frameworks and indicators area, in particular, around the intersections of the health determining conditions. The approach to that needs to be a community-based partnership approach. I will leave it there.

The Chairman: Thank you. I have some questions I would like to ask you, but I will hold them until the other presenters have spoken.

population qui sont fructueux dans le Nord de la Saskatchewan et qui pourraient servir de modèles. L'autre piste consiste à examiner ce qui se passe dans le milieu de la recherche ainsi que le rôle du gouvernement fédéral.

Parlons d'abord de la stratégie de santé dans le Nord, que la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada a reconnue comme étant un partenariat fructueux en matière de santé. Le groupe de travail de la stratégie de santé dans le Nord comprend des représentants de l'administration fédérale, de six Premières nations, de six administrations provinciales et d'un organisme de santé plurigouvernemental, qui est l'autre partenariat en santé pouvant servir de modèle.

Le partenariat de la stratégie de santé dans le Nord a permis de concevoir le projet Shared Paths for Northern Health, qui a été financé au moyen du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, l'enveloppe Autochtone, ce qui a permis de mettre sur pied des comités consultatifs techniques qui étaient organisés autour de quelques-uns des grands enjeux en matière de santé identifiés précédemment. Ces comités se composaient de fournisseurs de services et de résidents bénéficiaires de ces services. Ils ont travaillé ensemble pour élaborer des plans destinés aux collectivités du Nord, aux collectivités autochtones, celles des Premières nations, aux collectivités métisses et provinciales.

Les comités consultatifs techniques chargés des enjeux ont été soutenus par d'autres comités qui se concentraient sur les ressources humaines, la technologie de l'information et la gestion de l'information sur la santé, ainsi que par d'autres comités et éléments du projet chargés des questions pangouvernementales. Tandis qu'ils se posaient des questions sur la façon dont ces choses devaient fonctionner et la façon dont leur plan devait être mis en œuvre, ils pouvaient s'adresser à ces comités lorsqu'ils rencontraient certains obstacles. L'autre partenariat en matière de santé était l'Athabasca Health Authority.

Concernant les domaines prioritaires, il faut notamment examiner comment ces partenariats en santé fonctionnent dans le Nord de la Saskatchewan et peuvent servir de modèles novateurs. Il faut aussi continuer de financer des initiatives comme le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, qui a aidé la stratégie de santé dans le Nord dans ses activités de planification. Il y a aussi le Fonds pour l'adaptation des services de santé à l'intention des Autochtones, qui existe depuis trois ans, mais les collectivités n'ont encore rien reçu. Les choses commencent à peine à bouger. Trois ans plus tard, les propositions formulées par les collectivités sont à l'étape de l'évaluation maintenant, alors la mise en œuvre se fait très lentement.

Il faut également poursuivre les études sur les cadres et les indicateurs de la santé des collectivités autochtones, en particulier sur les interconnexions entre les déterminants de la santé. L'approche à adopter ici est un partenariat axé sur la collectivité. Je vais m'arrêter ici.

Le président : Merci. J'aimerais vous poser quelques questions, mais je le ferai après que les autres témoins auront pris la parole.

Dr. Kue Young, Professor, Department of Public Health Services, Toronto University: I, too, am honoured to be invited to be here. I have never been a witness in any situation, so this is a first for me.

I previously submitted a book chapter on health determinants. I am also here to flog the rest of the book, which I will deposit with the committee so you can order it for everyone else.

I shall only make a few general remarks about health determinants in the Aboriginal population of Canada. It is heartening that the Senate subcommittee has taken an interest in the topic of health determinants of Aboriginal people in Canada. It does not need repeating that Aboriginal people suffer substantial disparities in health status compared to the rest of Canadians. Much research has documented these disparities and the evidence pointing to their origins in broad socio-economic and behavioural determinants that exist.

As a little bit of a background, I speak as an academic researcher who has devoted some 30 years of his professional life in the field of Aboriginal health. I started out as a young general practitioner, when there was no grey hair, in Sioux Lookout in northwestern Ontario, working in a small, rural hospital serving First Nations people and flying out to remote communities, working alongside nurses and community health representatives to provide primary health care. It was an exhilarating experience, introducing me, who came from the Far East, with its teeming millions of people, to a different kind of medical practice and, more important, to Aboriginal people and their culture. Since that time, I have engaged in public health administration, teaching and research in both Northern Canada and developing countries. I have done quite a bit of research on Aboriginal health, and my current research interests focus on the prevention of diabetes.

Now I will be more provocative. Thirty years ago, I thought I knew the solution to the problem of health disparities between Aboriginal people and other Canadians. Today, I am not too sure that there are ready solutions. We all know what the problems are, and we are quite sure of their causes, but despite a massive amount of human financial resources these disparities have not been erased. There are communities in northwestern Ontario that I have visited repeatedly over the years, and I am sad to conclude that not only has health and well-being not improved but that in many cases the situation has become worse. A few weeks ago, *The Globe and Mail* carried a full-page article about a community in northwestern Ontario. This is a community I know very well. This article, published in 2007, could easily have been published in 1977, with not a single word changed, and even the name of the community would remain the same.

I would be happy to engage with you a discussion about some of the issues and some ideas that could help redress this disparity.

Dr Kue Young, professeur, Département des services de santé publique, Université de Toronto : C'est un honneur pour moi également d'être invité ici. Je n'ai jamais témoigné, dans aucun cadre, alors c'est une première pour moi.

J'ai déjà présenté le chapitre d'un livre sur les déterminants de la santé. Je suis ici également pour déposer le reste du livre, alors vous pourrez le commander pour tous les autres.

Je ferai seulement quelques observations générales sur les déterminants de la santé de la population autochtone du Canada. C'est encourageant de voir que le sous-comité sénatorial s'intéresse à cette question. Je ne crois pas qu'il faille insister sur le fait qu'il y a des écarts considérables entre l'état de santé des peuples autochtones et celui des autres Canadiens. Beaucoup de recherches ont documenté ces écarts et ont démontré qu'ils ont pour origine de vastes déterminants socioéconomiques et comportementaux.

Je vous adresse la parole à titre de chercheur en milieu universitaire qui a passé près de 30 ans de sa vie professionnelle dans le domaine de la santé des Autochtones. J'ai commencé ma carrière comme omnipraticien à Sioux Lookout, dans le Nord-Ouest de l'Ontario, alors que je n'avais pas de cheveux gris. Je travaillais dans un petit hôpital rural desservant des patients des Premières nations et je me rendais par avion dans des collectivités éloignées pour travailler côte à côte avec des infirmières et des représentants en santé communautaire afin de donner des soins de santé primaires à la population. Pour moi qui suis originaire de l'Extrême-Orient, où la population est très dense, ce fut une expérience exaltante de m'initier à une pratique différente de la médecine et, surtout, de faire connaissance avec les peuples autochtones et leur culture. Depuis cette époque, j'ai travaillé dans les secteurs de l'administration de la santé publique, de l'enseignement et de la recherche, dans le Nord du Canada et dans des pays en développement. J'ai effectué beaucoup de recherches sur la santé des Autochtones, et mes travaux actuels sont axés sur la prévention du diabète.

Ce que je vais dire maintenant sera plus contrariant. Il y a 30 ans, je pensais connaître la solution au problème des écarts entre l'état de santé des Autochtones et celui des autres Canadiens. Aujourd'hui, je ne suis plus trop certain qu'il existe des solutions toutes faites. Nous connaissons tous les problèmes et nous sommes assez certains des causes, mais malgré des quantités énormes de ressources, tant humaines que financières, les écarts ne se sont pas réduits. Dans certaines collectivités du Nord-Ouest de l'Ontario que j'ai visitées à plusieurs reprises au fil des années, je suis triste de conclure que non seulement la santé et le bien-être des habitants ne se sont pas améliorés, mais que, dans de nombreux cas, la situation s'est aggravée. Il y a quelques semaines, le *Globe and Mail* a publié une page complète sur une collectivité du Nord-Ouest de l'Ontario, que je connais très bien. Cet article, publié en 2007, aurait pu être publié en 1977 sans qu'un seul mot ne soit changé, ni même le nom de la collectivité.

Je serais heureux de m'entretenir avec vous sur quelques-uns des enjeux et quelques idées qui pourraient contribuer à réduire cet écart.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Young. We will now hear from the National Aboriginal Health Organization.

Carole L. Lafontaine, Acting Chief Executive Officer, National Aboriginal Health Organization (NAHO): Good afternoon. It is an honour to be here once again. NAHO welcomes this opportunity to appear before the committee today.

NAHO is an Aboriginal-designed-and-controlled body that strives to influence and advance the health and well-being of Aboriginal peoples through knowledge-based activities and strategies. First Nations, Metis and Inuit concepts of health incorporate the mental, physical, spiritual, emotional and social aspects of health. Furthermore, the health and well-being of individuals and communities are interdependent and equally important.

Over one million people in Canada identify as Aboriginal, representing 3.3 per cent of the overall population. Sixty-two per cent are First Nations, 30 per cent are Metis, and 5 per cent are Inuit. Each group is significantly distinct from the other and has a unique history. Within each group, there is also considerable diversity. Compared to the general Canadian population, the Aboriginal population is young, with 50 per cent under the age of 25, rapidly increasing in size, with the highest birth rate in Canada, and mobile, with large segments increasingly concentrated in urban and inner-city areas.

Understanding the interactive nature of the social determinants of health requires a holistic response to the complex dilemmas faced by First Nations, Inuit and Metis communities. Woven together, the meagre social indicators corresponding to First Nations, Inuit and Metis affect quality of life and health status of Aboriginal peoples.

Additionally, the health of First Nations, Metis and Inuit is further affected by such factors as geography and access to health services. For example, the health profile of an Inuit community in Northern Quebec versus a First Nations community located within 20 kilometres of an urban area is distinct and shaped by access to health services, mental and physical, access to affordable healthy food, access to post-secondary education and to employment opportunities. Geographical considerations render pan-Aboriginal approaches inappropriate.

While the social and broader determinants of health offer a comprehensive analysis of understanding the pathways leading to the disparities in the health status of Aboriginal peoples in general, First Nations, Inuit and Metis require a specific lens and appropriate solutions accounting for their historic and contemporary realities.

Specifically, here are some examples of how the social determinants of health interact to affect specific populations. For Inuit, the high cost of food combined with low incomes of Inuit families facilitate food insecurity in Canada's North. I will

Le président : Merci beaucoup, docteur Young. Nous écouterons maintenant la porte-parole de l'Organisation nationale de la santé autochtone.

Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire, Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) : Bonjour. C'est un honneur pour moi d'être ici encore une fois. L'ONSA est ravie de pouvoir comparaître devant le comité aujourd'hui.

L'ONSA est un organisme conçu et contrôlé par des Autochtones, qui tente d'influencer et de faire avancer la santé et le bien-être des peuples autochtones par des activités et des stratégies fondées sur la connaissance. Chez les Premières nations, les Métis et les Inuits, les concepts de santé comprennent les dimensions mentale, physique, spirituelle, affective et sociale de la santé. De plus, la santé et le bien-être des personnes et des collectivités sont interdépendants et tout aussi importants.

Au Canada, plus d'un million de personnes s'identifient comme Autochtones, ce qui représente 3,3 p. 100 de la population totale. De ce nombre, 62 p. 100 sont des membres des Premières nations, 30 p. 100 sont des Métis et 5 p. 100 sont des Inuits. Chaque groupe est distinct l'un de l'autre et a une histoire qui lui est propre. Il existe également une grande diversité au sein de chaque groupe. En comparaison avec la population canadienne en général, la population autochtone est jeune — 50 p. 100 ont moins de 25 ans — elle augmente rapidement, ayant le plus haut taux de natalité au Canada, et elle est mobile, ayant de larges segments de plus en plus concentrés dans des zones urbaines.

Pour comprendre la nature interactive des déterminants sociaux de la santé, il faut une approche holistique devant les dilemmes complexes auxquels sont confrontés les Premières nations, les Inuits et les Métis. Mis ensemble, les quelques indicateurs sociaux correspondant aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis influent sur la qualité de vie et l'état de santé des peuples autochtones.

De plus, les facteurs tels que la géographie et l'accès aux services de santé exercent une influence sur la santé des Premières nations, des Métis et des Inuits. Par exemple, le profil de santé d'une collectivité inuite du Nord du Québec est bien différent de celui d'une collectivité des Premières nations située à 20 kilomètres d'une zone urbaine; ce profil est tributaire de l'accès aux services de soins de santé, tant mentale que physique. De l'accès à des aliments sains abordables, de l'accès aux études postsecondaires et des possibilités d'emploi. Les considérations d'ordre géographique rendent les approches panautochtones inappropriées.

Tandis que les déterminants sociaux et généraux de la santé offrent un portrait plus global des facteurs menant à certains écarts relativement à l'état de santé des peuples autochtones, la situation particulière des Premières nations, des Inuits et des Métis nécessite un éclairage qui leur est propre et des solutions qui tiennent compte de leur réalité historique et contemporaine.

Voici quelques exemples montrant comment les déterminants sociaux de la santé interagissent et affectent certaines populations en particulier. Pour les Inuits, le coût élevé des aliments conjugué au faible revenu des familles contribue à créer une insécurité

give you an extreme example: One litre of McCain orange juice in Pond Inlet costs \$21.69, versus approximately \$3 elsewhere in Canada in 2006. A nutrition and food security pilot project in Nunavut found that five out of six Inuit households were classified as food insecure.

The low education attainment by Inuit youth can affect life choices. High-level literacy makes it possible for people to have the knowledge and the understanding they need for education, employment and coping skills and provides the best foundation in making healthy life choices.

Overcrowded households affect mental health and illnesses such as respiratory, skin and intestinal illnesses. Investments in housing can augment the mental health of Inuit families, but complementary investments in education and community infrastructure can lead to improvements in the overall health of the community.

For Metis, the limited comprehensive data on Metis in general makes it difficult to precisely gauge the social determinants of health for Metis. The best sources include census data and the Aboriginal Peoples Survey where there is a Metis supplement.

Data from the 2001 Aboriginal Peoples Survey reveal that Metis experience disadvantage from childhood. Low income and single parenting jeopardize access to nutritious food and quality housing, two fundamental determinants of health with specific impacts on healthy child development.

Compounding this, employment and income shape overall quality of life in both rural and urban settings.

For First Nations, incomplete education levels and inadequate income translate into high dependency on social assistance. Overcrowded and substandard housing can stress the mental health of First Nations by facilitating social tension and depression. When accessing health services, many First Nations face linguistic and cultural barriers in dealing with mainstream service providers. Developing culturally competent health care provisions can enhance the quality of health care and services for First Nations people.

Although multiple challenges exist when addressing the disparities experienced by First Nations, Metis and Inuit, specific evidence can support appropriate solutions corresponding to the realities of each population. Public policies and fiscal allocations are better informed by specific data that show the scope of needs in First Nations, Inuit and Metis communities. Fractured jurisdictional responsibilities, lack of communication and duplication in research further complicates a needed comprehensive approach.

alimentaire dans le Nord du Canada. Je vais vous donner un exemple extrême : en 2006, un litre de jus d'orange McCain coûtait 21,69 \$ à Pond Inlet, alors qu'il se vendait environ 3 \$ partout ailleurs au Canada. Un projet pilote sur la nutrition et la sécurité alimentaire mené au Nunavut a permis de constater que cinq foyers inuits sur six vivaient dans l'insécurité alimentaire.

Le faible taux de scolarité que l'on observe chez les jeunes Inuits a un effet sur leurs choix de vie. Un haut niveau d'alphabétisation donne aux gens la possibilité d'acquérir les connaissances et la compréhension dont ils ont besoin pour étudier, occuper un emploi et s'adapter, et il est le meilleur garant d'une vie saine.

La surpopulation des logements contribue aux problèmes de santé mentale et physique, comme les maladies respiratoires, cutanées et intestinales. Les investissements dans le logement peuvent contribuer à la santé mentale des familles inuites, mais un investissement complémentaire dans les infrastructures éducatives et communautaires peuvent contribuer à améliorer la santé globale de la collectivité.

Concernant les Métis, les données limitées dont on dispose sur les Métis en général font en sorte qu'il est difficile de mesurer précisément les déterminants sociaux de la santé des Métis. Les meilleures sources d'information sont les recensements et l'Enquête auprès des peuples autochtones, dans laquelle on trouve un supplément sur les Métis.

L'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 révèle que les Métis sont désavantagés dès l'enfance. Le fait d'avoir un faible revenu et le fait de vivre dans un foyer monoparental compromettent l'accès à des aliments nutritifs et à un logement de qualité, deux déterminants fondamentaux de la santé qui ont un impact précis sur le développement de l'enfant.

Ajoutons que l'emploi et le revenu façonnent la qualité de vie globale tant en milieu rural qu'en milieu urbain.

Pour les Premières nations, les faibles taux de diplomation et les revenus inadéquats engendrent une forte dépendance à l'aide sociale. Le fait de vivre dans un logement surpeuplé et non conforme aux normes peut exacerber les problèmes de santé mentale chez les Premières nations en favorisant la tension sociale et la dépression. Lorsqu'ils font appel aux services de santé, les membres des Premières nations se butent souvent à des obstacles linguistiques et culturels dans leur contact avec les fournisseurs de services. La formation de fournisseurs de soins de santé culturellement compétents peut augmenter la qualité des soins et des services de santé offerts aux Premières nations.

Même si on se heurte à de nombreuses difficultés lorsqu'on cherche des moyens de combler l'écart qui existe entre les Premières nations, les Métis et les Inuits et le reste de la population canadienne, des données précises peuvent permettre de trouver des solutions qui correspondent aux réalités de chacun de ces peuples. Les politiques publiques seront mieux adaptées si elles s'appuient sur des données précises qui révèlent l'ampleur des besoins des Premières nations, des Inuits et des Métis. La fragmentation des compétences, le manque de communication et des chevauchements dans la recherche nuisent à l'application de l'approche globale qui s'impose.

Due to the interactive nature of the social determinants, improving the health status of First Nations, Inuit and Metis requires short-, medium- and long-term goals that address the multiple priorities of each population.

Thank you for inviting NAHO to offer our insight to this Senate Subcommittee on Population Health. We appreciate and acknowledge your commitment to this work. If we can provide you with additional information, please contact our office. In the packages that we distributed, you will find supporting materials as well as background documents and suggestions for further research.

The Chairman: Thank you. We will hear from Dr. Michael J. Chandler, Professor at the University of British Columbia and distinguished health researcher with the Canadian Institutes for Health Research and with the Michael Smith Foundation for Health Research. I knew Michael Smith very well; he was a wonderful man.

Dr. Michael J. Chandler, University of British Columbia Professor and distinguished health researcher, Canadian Institutes for Health Research (CIHR), and Michael Smith Foundation for Health Research (MSFHR) Investigator, University of British Columbia — Department of Psychology: Thank you for honouring me by asking me to speak to the committee. I read with interest the committee's proceedings when some of my colleagues, all of whom are heads of something, appeared to give evidence. I am not the head of anything but am still what is quaintly called a "curiosity-driven researcher" — unemployed researcher, actually.

That aside, I will tell you about a project that has been going on for at least a dozen years in British Columbia. The project has to do with looking at the social determinants of the issue of Aboriginal youth suicide. I will use four quick talking points.

First, even though the research I will allude to was done in B.C., and even though it is about suicide, I shall try to make the case that those are perhaps not as narrowing as might be suggested and that there is some generalized ability from these findings to not only other provinces but also to other issues of the health of Aboriginal people. Second, I shall talk about what I will call the actuarial fiction of trying to paint in broad strokes claims about suicide in Aboriginal communities. Third, I shall unpack a notion, which I will refer to as cultural continuity, to persuade you that it is of critical importance that Aboriginal communities both achieve some sense of connectedness to their traditional past and gain some kind of control over their civic futures and that it is only by accomplishing those things that we can hold out hope of dealing with some of these health disparities. Fourth, I shall suggest a couple of action and policy implications that might flow from this work.

Compte tenu des liens qui existent entre les déterminants sociaux, afin d'améliorer la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, il faut établir des objectifs à court, à moyen et à long terme qui concernent les diverses priorités de chacun de ces peuples.

Je vous remercie d'avoir invité l'ONSA à formuler ses observations à propos du sujet étudié par le sous-comité sur la santé des populations. Nous vous sommes reconnaissants de mener ces travaux. Si vous croyez que nous pouvons vous fournir de l'information supplémentaire, veuillez communiquer avec nous. Parmi la documentation que nous vous avons remise, vous trouverez des documents d'information ainsi que des propositions quant à d'autres sujets de recherche.

Le président : Merci. Nous allons maintenant entendre le Dr Michael J. Chandler, professeur à l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé. Je connaissais très bien Michael Smith; il était un homme extraordinaire.

Dr Michael J. Chandler, professeur au département de psychologie de l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé : Je vous remercie de me faire l'honneur de m'inviter à m'adresser au comité. J'ai lu avec intérêt les comptes rendus des séances lors desquelles certains de mes collègues, qui sont tous des dirigeants, ont comparu. Je ne suis pas un dirigeant, mais je suis tout de même ce qu'on appelle étrangement un chercheur motivé par la curiosité.

Cela étant dit, je vais vous parler d'un projet qui a été entrepris il y a au moins une douzaine d'années en Colombie-Britannique. Il s'agit d'une étude sur les déterminants sociaux liés au suicide chez les jeunes Autochtones. Mon exposé comprendra quatre points.

Premièrement, même si l'étude dont je vais vous parler est menée en Colombie-Britannique et qu'elle porte sur le suicide, je vais tenter de démontrer que les constatations peuvent permettre, contrairement à ce qu'on pense, de faire des déductions non seulement par rapport à la situation qui existe dans d'autres provinces, mais aussi en ce qui concerne d'autres problèmes de santé observés chez les Autochtones. Deuxièmement, je vais parler de ce que j'appelle la fiction actuarielle sur laquelle on s'appuie pour faire des affirmations à propos du suicide au sein des communautés autochtones. Troisièmement, je vais vous expliquer une notion que j'appelle la continuité culturelle afin de vous persuader qu'il est essentiel que les Autochtones développent un sentiment d'appartenance à leur culture traditionnelle et qu'ils aient le contrôle de leur avenir, car c'est seulement cela qui pourra nous permettre d'espérer combler les écarts qui existent sur le plan de la santé. Quatrièmement, je vous citerai quelques répercussions sur les mesures et les politiques que pourraient avoir ces travaux.

I will pick off those four points as quickly as I can, one at a time, and briefly comment on the fact that the data I want to describe to you from is B.C. is about suicide as opposed to some broader palette of questions about health disparity.

It is important to see youth suicide as a kind of coal miners' canary. I am the son of a Welsh coal miner — and as you know miners carried canaries into the coal mines. When the canaries fell off their perch and died, everyone knew it was time to take action because hazards were abounding. I want to suggest that suicide is like that. When communities fail to create a living environment in which young people feel that life is worth living, then we know that serious problems stretch throughout the whole of their health and well-being.

Relating to the issue of the fact that I will report on B.C. data, I know from the material that I read that the committee is very concerned with the units of analysis problem. You have intuited that it is probably not wise to talk about suicidality or any other health problem in terms of some generic reporting figure for the whole of Canada. You have asked questions about urban versus reserve Aboriginals and about Metis versus Inuit versus First Nations communities. There is a struggle not only in this committee but also in the scientific community at large to find a proper level of analysis. At one extreme there is the possibility of ending up with a conglomerate of anecdotes by looking at individual cases; at the other extreme, we are talking about the whole of the Canadian Aboriginal population with the intuition that that will not work. In my case, we tried to make and win the argument that the best level of analysis is probably the level that is most respectful of Aboriginal culture. Therefore, we have chosen band-level analysis of data to try to get at that question.

The bands happen to be in British Columbia, where there happen to be almost 200 of them. It is an enormously diverse population, with 14 different languages spoken and radically different living circumstances and histories. In a moment, I will tell you about our attempt to look at the restricted problem of youth suicide as it emerges across those 200 bands.

In terms of the broader implications of my research, I shall say a bit about this somewhat curious notion of the idea of generic claims about suicide in Canada as actuarial fictions. When people take all of the youth suicides in Canada and divide out by the number of young Aboriginal people and get a suicide rate that is between 5 and 20 times the national average, it is not uninteresting, and people did not get their sums wrong; at the same time, it is largely not only empty of real meaning but somehow equating the notion of suicidality and Aboriginality, which is often done in the press, and is a subtle form of racism. I will try to make that point. I believe two graphs were circulated to you. One is a spiky-looking thing called figure one. If you do not have it, I will describe it.

It plots on the vertical dimension suicide rates and along the bottom it lists out bands. If it turned out that what band you happened to be a member of had no bearing on the likelihood

Je serai aussi bref que possible, et je tiens à vous rappeler que les données dont je vais vous faire part concernent le suicide en Colombie-Britannique.

Il est intéressant de comparer le suicide chez les jeunes au canari du houilleur. Je suis le fils d'un houilleur gallois, et comme vous le savez, les houilleurs emmenaient avec eux des canaris dans les mines de charbon. Lorsque les canaris mourraient, tout le monde savait qu'il était alors temps d'agir parce que cela signifiait que les dangers étaient nombreux. Le suicide est comparable à cela. Lorsque les communautés ne réussissent pas à créer un milieu au sein duquel les jeunes ont le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue, nous savons alors que de graves problèmes touchent leur santé et leur bien-être.

Pour ce qui est du fait que je vais parler des données recueillies en Colombie-Britannique, je tiens à vous dire que je sais, d'après ce que j'ai lu, que le comité est grandement préoccupé par le problème que posent les unités d'analyse. Vous pensez qu'il n'est probablement pas judicieux de parler du suicide ou de tout autre problème de santé en s'appuyant sur des données qui portent sur l'ensemble du Canada. Vous avez demandé d'obtenir des comparaisons entre les Autochtones qui vivent en milieu urbain et ceux qui habitent dans les réserves ainsi qu'entre les Métis, les Inuits et les Premières nations. Tout comme vous, les scientifiques se demandent quel serait le niveau approprié d'analyse. D'un côté, il est possible qu'on se retrouve avec une multitude d'anecdotes si nous nous penchons sur des cas individuels; et d'un autre côté, si nous parlons en fonction de l'ensemble des Autochtones du Canada, nous avons le sentiment que ce n'est pas exactement ce qu'il faut faire. Selon nous, le meilleur niveau d'analyse est probablement celui qui tient le mieux compte de la culture autochtone. Par conséquent, nous avons décidé de procéder à une analyse des données pour chaque bande.

Les bandes en question vivent en Colombie-Britannique, province où on en trouve près de 200. Il s'agit d'une population extrêmement diversifiée, où on recense 14 langues différentes ainsi que des conditions de vie et des passés très variés. Dans un instant, je vais vous parler de notre tentative d'examiner le problème du suicide chez les jeunes au sein de ces 200 bandes.

Auparavant, je vais aborder la question des affirmations génériques au sujet du suicide au Canada, que je qualifie de fictions actuarielles. Lorsqu'on divise le nombre de suicides chez les jeunes au Canada par le nombre de jeunes Autochtones et que nous obtenons un taux de suicide qui est de 5 à 20 fois supérieur à la moyenne nationale, il s'agit tout de même d'une statistique intéressante et exacte, mais en même temps, elle est largement dépourvue de signification, et en plus, le fait d'associer les Autochtones au suicide, ce que la presse fait souvent, constitue une forme subtile de racisme. C'est ce que je vais tenter de faire valoir. Je crois que deux graphiques vous ont été distribués. L'un d'eux est intitulé « Figure 1 ». Si vous ne l'avez pas sous les yeux, je vais vous le décrire.

Sur la ligne verticale, on trouve les taux de suicide et sur la ligne horizontale, le nom des bandes. S'il s'avérait que la bande dont vous faites partie n'a eu aucune influence sur la possibilité que les

that youth in that community would commit suicide, that graph would be flat; it would be the same for every community. I draw your attention to the fact that it is not like that at all; in fact, it is just the opposite. That graph shows a radically saw-toothed pattern where, in many instances, the rate of suicide for a particular community essentially touches the ground, meaning there are no suicides. In others, the rate is hundreds of times the national average.

I want you to take away from that that, if you sum across all of that, it turns out that something like 90 per cent of the extravagant number of suicides in British Columbia are owed to only 10 per cent of the bands. Half the bands in the province have no suicides in what is now a 13-year reporting period.

That, if one can say so about our own data, is interesting and alarming. Any claim about the suicidal Aboriginal flies out the window in the face of such evidence. It is clear that we simply cannot talk about suicide as an Aboriginal problem; we have to talk about it as a problem that is characteristic of some communities and not others.

With that point, hopefully, made, let me go on to the third of my talking points. Here is where I promised to unpack the notion of cultural continuity. Once you look at a graph such as figure 1, the problem that inquiring minds want to solve is this: What is true of those bands that have no suicides? What distinguishes them from bands that have as many as 800 times the national average of suicides? If we could figure that out, then we would be off and running somehow. Much of the research that my colleagues and I have been doing is to try to answer that question.

I want to caution that, unfortunately, the ordinary way of addressing this problem is to go on a fishing expedition. You troll through 10,000 Statistics Canada variables hoping to snag something that correlates with the difference between bands that have high and low suicide rates. My caution would be that, if you do that, you will probably come up empty, and, if you do not, you will not know what to make of the results that you got in the first place. You have to have a theory-driven reason to look for what might account for the radical differences between these bands.

There is a long back story about how my own research group has tried to do this, and time will not permit me to go into that story, but it began with a decade of research — not into Aboriginal communities; in fact, not even Aboriginal people, just young people in general — asking what it was that characterized the difference between kids who were actively suicidal and kids who were not. The bottom line is that we ended up looking at an issue we call personal continuity of self; that is, young people who live in a rapidly changing world have to somehow understand themselves to be the same person they used to be and somehow have a commitment to the person they are en route to becoming. If you do not have that, you do not have any faith or hope about your own future.

jeunes de cette communauté se suicident, la ligne de ce graphique serait plate; ce serait le cas pour toutes les collectivités. J'attire votre attention sur le fait que ce n'est pas du tout le cas. La ligne du graphique est en dents de scie, et on peut observer que, dans bien des cas, le taux de suicide est nul. Dans d'autres cas, on peut voir que le taux est des centaines de fois plus élevé que la moyenne nationale.

Ce qu'il faut constater à partir de ce graphique, c'est que 90 p. 100 du nombre extrêmement élevé de suicides en Colombie-Britannique ont eu lieu au sein de 10 p. 100 des bandes seulement. C'est donc dire que la moitié des bandes de la province n'ont connu aucun suicide depuis 13 ans.

On peut dire à propos de ces données qu'elles sont intéressantes et alarmantes. À la lumière de ces statistiques, il devient impossible d'affirmer que les Autochtones sont suicidaires. Il est évident que nous ne pouvons tout simplement pas prétendre que le suicide constitue un problème chez les Autochtones; nous devons en parler comme étant un problème qui touche certaines communautés uniquement.

Cela étant dit et bien compris, j'ose espérer, permettez-moi de passer au troisième point de mon exposé. J'en suis rendu à vous expliquer la notion de continuité culturelle. Après avoir examiné le graphique dont je viens de vous parler, les esprits curieux se poseront les questions suivantes : qu'est-ce qui explique le taux de suicide nul chez certaines bandes? Qu'est-ce qui les distingue des bandes qui enregistrent un taux de suicide qui peut être jusqu'à 800 fois supérieur à la moyenne nationale? Si nous pouvions le déterminer, ce serait un bon point de départ. La majorité des recherches que mes collègues et moi-même menons vise à répondre à ces questions.

Je tiens à souligner que, malheureusement, la façon habituelle de procéder pour essayer de trouver des réponses à ces questions consiste à parcourir des milliers de données recueillies par Statistique Canada, en espérant tomber sur certaines qui permettraient d'établir une corrélation avec la différence qui existe entre les bandes qui ont un taux de suicide élevé et les autres. Si on choisit de procéder ainsi, il est probable qu'on n'en retire rien, mais si on ne le fait pas, on ne pourra rien faire des résultats qu'on a obtenus. Il faut avoir une raison motivée par une théorie pour chercher ce qui pourrait expliquer l'écart extrême qui existe entre ces bandes.

Je n'aurai pas assez de temps pour vous expliquer comment mon groupe de recherche en est venu à se pencher là-dessus. Je peux vous dire brièvement que nous avons d'abord mené des recherches pendant une dizaine d'années — non pas sur les communautés autochtones, mais bien sur les jeunes en général — en vue de déterminer ce qui distinguait les enfants suicidaires de ceux qui ne l'étaient pas. Cette recherche nous a amenés à examiner ce que nous appelons la continuité personnelle. Selon cette notion, un jeune qui vit dans un monde en rapide évolution doit comprendre qu'il est pour pouvoir continuer d'être la même personne et il faut qu'il soit prêt à être la personne qu'il est en voie de devenir. Sinon, il n'aura aucune confiance ni aucun espoir envers l'avenir.

The research I want to talk about is an attempt to project that notion of continuity onto the cultural level and ask what it means for a culture that too can only exist and is constituted by the fact that it has a history and a future. The question is this: What could we find that would be some expression of the effectiveness with which some communities but not others have achieved the sense of their cultural continuity connecting them to their traditional past and to their own, as yet unrealized, futures?

We were handicapped here because we had to find available data that somehow spoke to these questions. We proceeded in two steps. Wave one of this research operation covered a five-year period, 1987 to 1992, and we tried to pick out things that we believed were expressive of the efforts on the part of communities to hook up with their traditional pasts and to gain control over their own civic futures. We came up with half a dozen such measures. They include — and I know this is a topic of special interest to the committee — self-government, as well issues of whether the community had control over health delivery systems, educational and policing systems, and had created some vehicle for the preservation of culture, such as a community centre.

I want to turn your attention to what is now figure 2 in the handout. That figure means to demonstrate that, if you score every Aboriginal community in British Columbia, all 197 of them, in terms of how many of those six factors about cultural continuity they have, the answer could be all of them, none of them or everything in between. The graph shows that all those communities that have all of those factors have no suicides. Every community that has none of those factors has a suicide rate essentially 150 times the national average.

Again, if one can say so about one's own work, that too is startling. If you have this handful of things that can be said about you as a community, there will be no suicides in your community. If you have none of them, woe be upon you.

The second wave of data replicated that for the period 1997 to 2000, and in effect perfectly replicated it, but in addition it went on to add three new variables. One of those variables included whether the communities had control over child welfare services. Another was whether they had more than half of their tribal council made up of women. If you like, I could try to unpack why that is important, but it comes down to the fact that, in Aboriginal cultures and in other cultures, women are traditionally the cultural keepers and kin keepers. Finally, we most recently collected data about the success with which communities are hard at work preserving their indigenous languages. It turns out that all three of those factors — control over welfare, the number of women in Aboriginal government and efforts to preserve language — also strongly correlate with suicide rate, and if you throw them into the mix, again, every band that has all those factors has no suicides and every band that has none of these factors has an alarming suicide rate.

La recherche dont je veux vous parler vise à transférer cette notion de continuité sur le plan de la culture et à déterminer ce qu'elle signifie pour une culture qui elle aussi peut uniquement exister parce qu'elle a un passé et un futur. La question à poser est celle-ci : qu'est-ce qui fait que certaines communautés, contrairement à d'autres, ont réussi à développer un sentiment de continuité culturelle qui leur permet de faire un lien entre leur passé et leur avenir?

Le problème, c'est que nous devons trouver des données portant sur ces éléments. Nous avons procédé en deux étapes. Dans un premier temps, nos recherches ont porté sur une période de cinq ans, c'est-à-dire de 1987 à 1992. Nous avons tenté de déceler des facteurs qui témoignaient selon nous des efforts déployés par des communautés pour développer un sentiment d'appartenance à leur culture traditionnelle et d'avoir le contrôle sur leur avenir. Nous en avons dénombré une demi-douzaine. On compte notamment — et je sais qu'il s'agit d'un sujet qui intéresse particulièrement le comité — l'autonomie gouvernementale, le contrôle à l'égard des services de santé, de l'éducation et des services de police et l'existence d'éléments visant à préserver la culture, par exemple des installations comme des centres communautaires.

Je veux maintenant attirer votre attention sur le deuxième graphique, qui vise à démontrer que, si on calcule combien de ces six facteurs existent chez chacune des 197 communautés autochtones de la Colombie-Britannique, le résultat pourrait varier entre 0 et 6. Le graphique montre bien que les communautés où tous ces facteurs sont présents n'affichent aucun suicide. À l'inverse, les communautés où tous ces facteurs sont absents enregistrent un taux de suicide 150 fois supérieur à la moyenne nationale.

Si je puis dire, c'est une constatation tout à fait incroyable. Si une communauté a tous ces facteurs, elle ne connaîtra pas de suicide, tandis qu'une autre qui n'en a aucun présentera un taux de suicide élevé.

Dans un deuxième temps, nous avons recueilli les mêmes données pour la période allant de 1997 à 2000, mais nous avons recensé trois nouveaux facteurs. Le premier est le contrôle à l'égard des services de protection de l'enfance. Le deuxième est le fait que la moitié des membres du conseil tribal sont des femmes. Je peux vous expliquer si vous le voulez pourquoi ce facteur est important. Chez les Autochtones et dans d'autres sociétés, les femmes sont traditionnellement des protectrices de la culture et de la famille. Enfin, nous avons récemment recueilli des données au sujet de la mesure dans laquelle les collectivités s'efforcent de préserver leurs langues autochtones. Il s'avère que ces trois facteurs — le contrôle à l'égard des services de protection de l'enfance, le nombre de femmes au sein du gouvernement autochtone et les efforts afin de préserver la langue — sont aussi étroitement liés au taux de suicide, et encore une fois, on a constaté que les bandes où tous ces facteurs sont présents ne connaissent aucun suicide, alors que celles où ils sont tous absents affichent un taux de suicide alarmant.

If time permits, I will say two quick things about what I believe to be policy and action implications. One of these, which is self-evident from the demonstration, is that there is a radical difference community by community in terms of suicide rate — and I would remind you that half of B.C.'s Aboriginal communities have no suicides. I take it to be obvious that any pan-intervention that tries to make the same remedy for every band is simply nonsensical. You are out there solving problems in communities where they do not exist or applying the same solutions to problems in communities in which these problems unfold differently. Somehow there is an important lesson about the specificity with which we need to pinpoint our intervention efforts.

A second and related implication has to do with a long topic, about indigenous knowledge. I am imagining producing a book on how to become a good colonizer. Chapter one would be entitled something like "Epistemic Violence." You would go into any community you wanted to colonize and immediately define all of that community's indigenous knowledge as null and void. You would do that because, if they do nothing, you would be entitled to treat them as chattel and children who could be ordered about, hopefully, in their best interests. In many cases, that is exactly what happened in our context.

What is evident in the data that is presented in figure 1 — which shows that half the communities not only have no suicides, but have a lower rate of suicide than the general population — is that they obviously know something about how to run a community where young people think life is worth living. We could learn from them and they could learn from one another.

That is really my third point, which has to do with the overworked notion of knowledge transfer and the exchange of best practices. If you are in the business that I am in, writing grants and trying to live up to them, you know that you have to spend a lot of your time explaining how you are transferring knowledge. What that ordinarily means is that knowledge is a product of the academy — people like myself generating knowledge — and then it is handed over to people in government and elsewhere, who are brokers of that and who try to direct it to the users of that knowledge. That model is all top down, all trickle down.

There are two or three things — and Dr. Young said this in talking about how this community looked exactly like it looked 30 years ago. That is not working very well for a number of reasons. One is perhaps that it is not very well informed about on-the-ground conditions, and the other is that it is deeply resented. People do not like to have knowledge made in Ottawa or New York City somehow parachuted into their community, root and branch, and delivered to them. They resent this and often undermine it.

The top-down model does not work very well, or often does not. If it is true that half the communities, at least in B.C., have sufficient indigenous knowledge that they have no suicides —

Si le temps le permet, je vais parler brièvement de certaines répercussions de ces constatations selon moi sur les politiques et les mesures. Il est évident qu'il existe une très grande différence entre les divers taux de suicide de chaque communauté — et je vous rappelle à ce sujet que la moitié des collectivités autochtones de la Colombie-Britannique ne connaissent aucun suicide. Il est donc clair qu'il est tout simplement insensé d'essayer d'appliquer une solution unique à l'ensemble des bandes. Il est inutile de vouloir régler des problèmes qui n'existent pas dans certaines communautés ou d'appliquer la même solution à des problèmes qui n'évoluent pas de la même façon dans toutes les collectivités. Nos efforts d'intervention doivent par conséquent être adaptés en fonction des communautés.

Deuxièmement, il faut penser au savoir autochtone. J'ai déjà réfléchi au contenu d'un livre qui expliquerait comment devenir un bon colonisateur. Le premier chapitre pourrait s'intituler par exemple « La violence épistémique ». Il s'agit de déclarer nul le savoir autochtone détenu par les membres de la communauté que l'on veut coloniser. Ainsi, on aurait le droit de considérer ces gens comme des biens personnels et de dicter des ordres aux enfants, pour leur bien, en principe. Dans de nombreux cas, c'est exactement ce qui s'est produit.

Ce qui ressort clairement des données présentées dans le premier graphique — qui montre que chez la moitié des communautés, il n'y a pas de suicide ou le taux de suicide est plus bas que dans le reste de la population en général — c'est que ces communautés en question savent comment gérer une collectivité au sein de laquelle les jeunes estiment que la vie vaut la peine d'être vécue. Nous avons des choses à apprendre d'elles et elles peuvent également apprendre l'une de l'autre.

Cela m'amène d'ailleurs à mon troisième point, qui porte sur la notion galvaudée qu'est le transfert des connaissances et l'échange des pratiques optimales. Dans mon domaine, où on doit demander des subventions, il faut passer beaucoup de temps à expliquer comment les connaissances seront transférées. Habituellement, les connaissances proviennent des universitaires — des gens comme moi — qui les transmettent à des personnes au sein des gouvernements et ailleurs, qui elles essaient de les passer à leur tour aux gens qui devront les utiliser. Il s'agit d'une méthode de transfert descendante.

Il y a deux ou trois problèmes — et c'est ce qu'a affirmé le Dr Young quand il a fait remarquer que cette communauté est identique à ce qu'elle était il y a 30 ans. Cette méthode ne fonctionne pas très bien pour diverses raisons. Premièrement, il y a un manque d'information à propos des conditions sur le terrain, et deuxièmement, il existe un profond ressentiment. Les gens n'aiment pas que des connaissances émanant d'Ottawa ou de New York leur soient en quelque sorte élançées; ils n'aiment pas ça et ils les critiquent souvent.

La méthode de transfert descendante fonctionne rarement bien. S'il est vrai que la moitié des communautés, du moins en Colombie-Britannique, détiennent un savoir autochtone suffisant

fewer than our general population has — then there is knowledge there. What about the lateral transfer of knowledge from community to community?

That is not without its problems. There is resentment and competition and every other kind of thing that is true of every community in the Aboriginal world. However, there is knowledge there, and my money is on the expectation that there would be less resistance to the sharing of indigenous knowledge than there would be another round of trickle-down, top-down information being parachuted in from Ottawa.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Chandler. That is absolutely fascinating testimony.

Before I go to the senators, I want to make a couple of comments. What we have been hearing so far is that we are not going to affect the problems very much of population health from 30,000 feet — in other words, with high-level bureaucracy. It will have to be done at the community level. We also heard previously, and heard again today, that governance is a big issue for Aboriginal people. When they get control of their governance, they seem to do well, and when they cannot get control of it, they have huge problems.

I will ask one specific question of you, Ms. Abonyi, before I ask the senators to go to questions, just to clarify our further hearings a bit. You mentioned that your structural framework is in keeping with the CIHI initiative — and we will be hearing about that in the next month. How close is it to the structural framework of CIHR, namely, the Institute Aboriginal Peoples' Health and the Institute of Population and Public Health? Is it in sync with them also?

Ms. Abonyi: I would say yes. One of the points I was going to come to was that the Institute for Aboriginal Peoples' Health, in particular, has recognized this kind of framework, and also the approach to developing these kinds of frameworks. That has played an important role in the capacity to do that.

Senator Callbeck: Ms. Abonyi, I wanted to clarify something about the Primary Health Care Transition Fund. It was my understanding that the Northern Health Strategy was funded through that fund. You go on to say that the fund is important but that it is cumbersome and hard to access and that there has not been any money flowing.

Ms. Abonyi: The second one I am referring to is from the Kelowna Accord out of 2004 — a new initiative. Regarding the Primary Health Care Transition Fund, Aboriginal envelope, I cannot speak to it too much. In working with some of these partners around the Northern Health Strategy, these are some of the challenges they talk about — writing the proposals to

pour faire en sorte qu'il n'y ait aucun suicide chez elles — ce qui est mieux que dans la population en général — c'est donc dire qu'elles détiennent des connaissances. Qu'en est-il du transfert latéral des connaissances d'une communauté à une autre?

Cela aussi pose des problèmes. Il y a aussi du ressentiment et de la compétition, comme c'est le cas dans l'ensemble des milieux autochtones dans le monde. Cependant, comme les connaissances existent, je serais prêt à parier qu'il y aurait moins de résistance face au partage du savoir autochtone qu'à la transmission de connaissances qui proviennent directement d'Ottawa.

Le président : Je vous remercie beaucoup, monsieur Chandler. C'était un témoignage tout à fait fascinant.

Avant de donner la parole aux sénateurs, j'ai deux commentaires à faire. Ce qu'on a entendu dire jusqu'à maintenant, c'est que, dans la position où nous sommes, nous ne pourrions pas avoir une grande influence sur la santé des populations. C'est au niveau des communautés que les choses se passeront. Nous avons aussi entendu dire, aujourd'hui comme lors de séances précédentes, que la gouvernance est un élément très important pour les peuples autochtones. Lorsqu'ils peuvent agir de façon autonome, ils semblent bien s'en tirer, mais lorsque ce n'est pas le cas, ils sont confrontés à d'énormes problèmes.

Avant de permettre aux sénateurs de poser leurs questions, j'aurais une précision à vous demander en vue de nos audiences futures, madame Abonyi. Vous avez indiqué que votre cadre structurel est conforme à l'initiative de l'Institut canadien d'information sur la santé dont nous entendrons parler au cours du prochain mois. Dans quelle mesure se rapproche-t-il des composantes structurelles des Instituts de recherche en santé du Canada, à savoir l'Institut de la santé des Autochtones et l'Institut de la santé publique et des populations? Travaillez-vous en synchronisation avec ces organisations?

Mme Abonyi : Je dirais que oui. Je voulais notamment faire valoir que l'Institut de la santé des Autochtones, notamment, a reconnu la valeur de ce type de cadre ainsi que l'approche utilisée pour le mettre en place. Cette reconnaissance a grandement contribué à notre capacité d'intervention en ce sens.

Le sénateur Callbeck : Madame Abonyi, j'aimerais avoir un éclaircissement au sujet du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. J'avais cru comprendre que la Stratégie en matière de santé dans le Nord était financée au moyen de ce fonds. Vous avez souligné l'importance de ce fonds, mais vous avez aussi indiqué qu'il exigeait beaucoup de formalités et était difficile d'accès en plus de noter l'insuffisance des sommes disponibles.

Mme Abonyi : Dans le second cas, je faisais référence à l'Accord de Kelowna de 2004, une nouvelle initiative. Pour ce qui est du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, je ne pourrais pas beaucoup vous parler de l'enveloppe prévue pour les Autochtones. Les partenaires avec lesquels nous avons collaboré dans le cadre de la Stratégie en matière de santé dans

these, having them evaluated in a timely manner and having the funds released.

Senator Callbeck: That clears that up.

Dr. Young, you have certainly have had a lot of experience; you talk about working in the northwestern Ontario area. You said that you are sad to conclude that health and welfare of the First Nations, Metis and Inuit people have not improved and that, in many cases, the situation has become worse. You paint a very depressing and sad situation. Are there any health determinants that are being addressed properly here?

Dr. Young: First, I want to say that I did paint an unduly pessimistic picture. That was probably a momentary thing; most days, I am actually a much better person.

If you look at some clues, life expectancy is increasing. Even in the worst sub-Saharan country in the world, however, life expectancy is increasing, so it is not something we need to be particularly proud of. The infant mortality rate is going down but the disparity is still there.

There are some other determinants. The education level, in general, is increasing. For employment, not much has been changed. If you look at some of these crude sorts of measurements that are routinely collected, they paint a diverse picture, but that is not really where the action is. Mr. Chandler's research is really looking at different kinds of determinants. That is where the interesting things appear. Certain things are definitely much better. Some communities are still functional and coherent and cohesive. Yet, there are multiple cases in Canada where brand new communities are built from the ground up, where people are moved from one place to another; we build them new schools, new roads and buildings and within five years they are burned down. There are the kinds of cases that give one a sense of what else can we do.

We tend also not to bring up success stories. We are guilty of always looking at the bad side of things. There are communities that are doing well. Over the years, there are communities that have managed to sustain themselves despite all kinds of assaults from the outside.

It is a mixed picture, but the real important issue is that there is not a single solution. There is no magic bullet that will say, "Do this and everyone will be fine."

Senator Callbeck: Dr. Chandler, on your graph on the second page, how many communities are represented here?

Mr. Chandler: One hundred ninety-seven.

le Nord nous ont notamment fait part des difficultés associées à la rédaction des propositions requises, à l'évaluation de ces propositions en temps opportun et au versement des fonds accordés.

Le sénateur Callbeck : Voilà qui nous permet de mieux comprendre.

Docteur Young, vous possédez certes une vaste expérience; vous avez notamment travaillé dans le Nord-Ouest de l'Ontario. Vous avez dit devoir conclure avec regret que la santé et le bien-être des Premières nations, des Métis et des Inuits ne se sont pas améliorés et que, dans bien des cas, la situation s'est même détériorée. Vous nous avez brossé un tableau fort triste et déprimant de la situation. Y a-t-il des déterminants de la santé qui sont vraiment pris en charge de manière adéquate?

Dr Young : D'abord et avant tout, je veux dire que je n'ai pas brossé un tableau plus pessimiste qu'il ne le fallait. Ce n'était probablement que passager; la plupart du temps, je suis beaucoup plus agréable.

Si l'on examine quelques indices, on constate que l'espérance de vie augmente. Mais comme elle est également à la hausse même dans les pays subsahariens les plus mal en point de la planète, il n'y a pas lieu d'en tirer une fierté particulière. Le taux de mortalité infantile est à la baisse, mais la disparité demeure.

Il y a quelques autres déterminants à considérer. En général, le niveau de scolarité augmente. Du côté de l'emploi, la situation n'a guère évolué. Si on se fie à certaines de ces mesures sommaires qui sont habituellement compilées, on obtient un portrait très varié, mais ce n'est pas vraiment là que les choses se passent. Les recherches de M. Chandler portent en fait sur différents types de déterminants. C'est là où ça devient intéressant. Certaines choses se sont, sans l'ombre d'un doute, nettement améliorées. Il y a des communautés qui demeurent fonctionnelles et conservent leur cohésion. Cependant, il y a eu au Canada de nombreux cas où des communautés ont été mises sur pied à partir du néant, où des gens sont déplacés d'un endroit à un autre; on érige de nouvelles écoles, de nouvelles routes et de nouveaux édifices et, en l'espace de cinq ans, tout cela est rasé. C'est le genre de situation qui nous incite à nous demander s'il n'y aurait pas lieu de privilégier d'autres solutions.

Nous avons aussi tendance à ne pas faire valoir les histoires de réussite. Nous faisons l'erreur de toujours présenter le mauvais côté de la médaille. Il y a des communautés qui s'en tirent très bien. Au fil des ans, elles sont parvenues à demeurer viables malgré des attaques de toutes sortes en provenance de l'extérieur.

Il y a donc du pour et du contre, mais il faut surtout comprendre qu'il n'existe pas de solution unique. Il n'y a pas de formule magique qui ferait en sorte que tout le monde pourrait bien se porter.

Le sénateur Callbeck : Monsieur Chandler, combien de communautés sont représentées sur votre graphique de la deuxième page?

M. Chandler : Cent quatre-vingt-dix-sept.

Senator Callbeck: In that, where we see the number “6,” I understand that means that when the six qualities you talked about are in the community there are no suicides. How many communities would be in that group?

Mr. Chandler: Almost half of the 197. That is a part of the story you do not hear and that Dr. Young was alluding to. Our trouble in understanding that comes with painting the statistics about these things with too broad a brush. We learn about an Aboriginal suicide rate — and we are looking at many things beyond Aboriginal suicide rate. We are looking at school dropout rate, accident rates and other things, and the picture is always the same. There is enormous variability from community to community in all of these negative outcomes. Talk about suicide makes it into the press, and it creates this illusion of despair.

What is remarkable is that pilloried and savaged as many of these communities have been, they have survived remarkably well. Somehow, if we are trying to ferret around for a solution, our attention needs to be riveted upon those communities that are behaving so successfully against odds. One important thing about this is that many of the things that these communities do that seemingly relate to the good health outcome status were not undertaken for the purposes of improving health. No one, to my knowledge, tried to achieve self-government while saying to him or herself, “and this will reduce youth suicide.” They may have had some generic assumption that it would improve life in general. A lot of energy and money has been directed towards things like suicide prevention, whereas much of the evidence suggests that the things that are most somehow protective against problems like youth suicide were undertaken for a broader purpose. There is a lesson to be learned in that as we try to figure it out. Certainly, it is not a lesson lost on Aboriginal people. They talk about holistic approaches. Perhaps we are being invited to share an Aboriginal perspective on this.

Senator Callbeck: You say half are in that group as compared to the other end — the “0” — of the chart. How many are in that?

Mr. Chandler: In the most extravagantly high group, there are probably only two or three communities. One of the problems, and this is a researcher's problem, is that in small communities, and some of these bands have 200 or 500 people in them, one suicide can jack the incidence rate for that community way up. We have tried to address that question by looking not only at bands but at band councils. Band councils, at least in British Columbia, are typically aggregates of 12 to 15 individual bands. All of the evidence that I have reported to you holds with reference to band councils as well as bands, although by the time

Le sénateur Callbeck : Nous voyons également le chiffre « 6 ». Je suppose que cela signifie qu'en présence des six qualités dont vous avez parlé au sein de la communauté, il n'y a pas de suicide. Combien de communautés se retrouveraient dans ce groupe?

M. Chandler : Près de la moitié des 197. C'est le côté de la médaille dont vous n'entendez jamais parler; c'est à cela que le Dr Young faisait allusion. Si nous n'arrivons pas à bien comprendre la situation, c'est parce que ces statistiques sont présentées dans une perspective trop générale. On entend parler du taux de suicide chez les Autochtones, mais nous nous intéressons à bien d'autres aspects de leur situation. Nous nous penchons également sur le taux de décrochage scolaire, le taux d'accident et bien d'autres facteurs, et le portrait est toujours le même. Pour tous ces aspects négatifs, les résultats varient énormément d'une communauté à l'autre. En parlant du suicide, on attire l'attention des médias, mais on crée également cette illusion de désespoir.

Ce que je note tout particulièrement, c'est que bon nombre de ces communautés qui ont été couvertes d'infamie et amèrement critiquées ont réussi à survivre remarquablement bien. Dans notre recherche d'une solution, il faudrait d'une manière ou d'une autre porter notre attention sur ces communautés qui se tirent si bien d'affaire contre toute attente. À ce chapitre, il est important de noter que plusieurs des mesures prises par ces collectivités qui sont reliées à de bons résultats en matière de santé n'ont pas été mises en œuvre dans ce but particulier. À ma connaissance, aucune communauté n'a tenté d'accéder à l'autonomie gouvernementale en se disant que cela allait permettre de réduire le suicide chez les jeunes. On croyait peut-être d'une manière générale que les conditions de vie s'en trouveraient améliorées pour l'ensemble des aspects. Beaucoup d'efforts et d'argent ont été consacrés à des mesures comme la prévention du suicide, alors même que la plupart des informations disponibles indiquaient que les actions qui semblent d'une certaine manière assurer la meilleure protection contre des problèmes comme le suicide chez les jeunes ont été entreprises en visant des objectifs plus généraux. C'est donc un enseignement dont il faut s'inspirer dans la détermination de l'approche à adopter. Il ne fait aucun doute que la leçon a été retenue par les Autochtones. Ils parlent d'approches holistiques. Il serait peut-être bon que nous adoptions la perspective autochtone dans ce dossier.

Le sénateur Callbeck : Vous avez dit que la moitié des communautés est incluse dans ce groupe, mais combien se retrouve à l'autre extrémité du graphique — le « 0 »?

M. Chandler : Dans le groupe où la situation est la plus précaire, il n'y a probablement que deux ou trois communautés. L'un des problèmes pour les chercheurs vient du fait que dans les petites communautés, et je pense à certaines bandes qui ne comptent que 200 ou 500 personnes, un seul suicide peut faire grimper en flèche le taux d'incidence pour la communauté. Nous avons essayé de contourner le problème en considérant les conseils de bande, plutôt que chacune des bandes individuellement. Les conseils, tout au moins en Colombie-Britannique, regroupent généralement entre 12 et 15 bandes.

you get to the band council level I think it is something like 15 per cent of the band councils have no suicides. All it takes is one person in one band somewhere to change that picture.

Senator Callbeck: That is certainly interesting. Ms. Lafontaine, you talked about the First Nations, Inuit and Metis. Are there health determinants that are more specific or relevant to one group than another, or are they basically all same?

Mark Buell, Manager, Policy and Communication Unit, National Aboriginal Health Organization (NAHO): In your package, we provided some background information, including a deck entitled "Broader Determinants of Health in an Aboriginal Context. That is taken from some work NAHO did back in 2001. The determinants of health that Health Canada recognizes all apply to First Nations, Inuit and Metis; however, there is a context with First Nations, Inuit and Metis that you do not see with the general Canadian population. We put forth that there are additional broader determinants that need to be looked at. They include such things as colonization, globalization, migration, because clearly Aboriginal people are becoming increasingly urban, cultural continuity — which Dr. Chandler has spoken to at length. Another determinant is territory. Land, as a connection to indigenous knowledge, traditional knowledge, is linked to all other determinants, including self-determination, economic development and poverty. Other determinants of health include access to health services and access to education services — determinants of health that have a lot to do with geography — poverty, and we know Aboriginal peoples in general experience high levels of poverty, and self-determination. Each of these applies to First Nations, Inuit and Metis. How they apply, I would say, and Dr. Chandler has raised it, depends on the community less than the population.

Senator Johnson: You said they apply to Inuit and Metis.

Mr. Buell: And First Nations, yes.

Senator Eggleton: Let me try to get in three quick questions, starting with Dr. Young.

You said that we all know what the problems are and that we are also quite sure of their causes but that, despite massive amounts of resources, both human and financial, these disparities are not been erased. You said there was no magic bullet. That would indicate then that the solution is not necessarily more human or financial resources. What is the cause of human and financial resources not working? Is it an organizational matter? What is the solution?

Toutes les données que je vous ai soumises sont valables tant pour les conseils que pour les bandes elles-mêmes, mais je peux vous préciser qu'environ 15 p. 100 des conseils de bande n'ont connu aucun suicide. Il suffit d'une seule personne dans une bande au sein du conseil pour changer la situation.

Le sénateur Callbeck : Voilà qui est fort intéressant. Madame Lafontaine, vous nous avez parlé des Premières nations, des Inuits et des Métis. Y a-t-il des déterminants de la santé qui se rapportent davantage à l'un ou l'autre de ces groupes, ou sont-ils à peu près équivalents?

Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications, Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) : Dans notre documentation, nous vous fournissons certains renseignements généraux sous le titre « Déterminants généraux de la santé dans un contexte autochtone ». Ces données proviennent de travaux menés par l'ONSA en 2001. Les déterminants reconnus par Santé Canada s'appliquent tous aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis; il faut cependant noter que le contexte est différent pour ces trois groupes par rapport à la population canadienne en général. Nous voulons également souligner qu'il convient aussi de prendre en considération d'autres déterminants de nature plus vaste. Ils comprennent des facteurs comme la colonisation, la globalisation, la mobilité, étant donné que la population autochtone est de toute évidence en train de s'urbaniser, la continuité culturelle — dont M. Chandler vous a entretenu longuement. Le territoire est également un déterminant à prendre en compte. Étant donné ses liens avec le savoir et les traditions autochtones, le territoire est relié à tous les autres déterminants, y compris l'autodétermination, le développement économique et la pauvreté. Parmi les autres déterminants de la santé, on note l'accès aux services de santé et à l'éducation — des déterminants étroitement associés à la situation géographique — la pauvreté, et nous savons à quel point les Autochtones sont confrontés d'une manière générale à des taux de pauvreté élevés, et l'autodétermination. Tous ces déterminants s'appliquent à la fois aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis. Comme M. Chandler l'a fait valoir, je dirais que la mesure dans laquelle ils vont s'appliquer dépend davantage de la communauté elle-même que de la population qui la constitue.

Le sénateur Johnson : Vous avez dit que ces déterminants s'appliquaient aux Inuits et aux Métis.

M. Buell : Et aux Premières nations, oui.

Le sénateur Eggleton : Je vais essayer de vous poser trois brèves questions, en commençant par le Dr Young.

Vous avez indiqué que nous connaissons tous les problèmes qui se posent et que nous avons également une très bonne idée de leurs causes, mais que, malgré les énormes ressources humaines et financières qui y sont consacrées, on n'arrive pas à éradiquer ces disparités. Vous avez souligné qu'il n'y avait pas de formule magique. On pourrait en conclure que la solution ne réside pas nécessairement dans l'injection de ressources humaines ou financières additionnelles. Pourquoi les efforts consentis ne produisent pas les résultats escomptés? Est-ce une question d'organisation? Quelle est la solution?

Dr. Young: I have to be careful in responding to that, because I do not want to give the impression that no resources will improve health. I am not trying to say that. I am saying that merely increasing the quantity of resources will not help. How those resources are used and how they are distributed and how they are targeted, what group is receiving it, is as important.

In a more philosophic level, in a kind of academic environment, how you improve health — at one level, health is an individual responsibility. You educate people and make them do the right things, and health will improve. At the other extreme, you have the societal or macro view. Change society, and health will get better. There are these two extremes between which we tend to swing back and forth.

I have been in this game long enough to realize that neither one of them holds the true answer, because, clearly to improve health, certain preconditions must be met. At the societal level, things must happen, but the individual must also do certain things, so there is a role for the health care system to do certain things well. I am not sure that the health care system as it exists now is doing what it is supposed to do well.

If you look at the economic analysis, and unfortunately there are not that many studies being done on the economics of First Nations health care, the per capita expenditure is really a lot higher than in the rest of the Canadian population. There are transportation costs. If you are looking at purely a cost-benefit angle, we are not getting the bang for the buck. Despite what we are spending, we are not getting enough in health outcomes.

The solution is not to pour more money but to spend the money wisely in areas that have the most effect. This is where this whole issue of evidence-based health and medicine comes into play. We are doing a lot of things just because we have always done them before, and we are not looking at the effects. Do suicide prevention crisis phone lines really work? We have to test those types of interventions and see whether they really work.

This is at a very micro-level, but on the other extreme we also need certain changes in society that allow those things to happen.

Senator Eggleton: When you talk about the health care system in this case, are you referring to just the province of Ontario where your experience has been or are you saying all across Canada?

Dr. Young: I would hesitate to paint a broad stroke to the whole country. Let us talk about remote areas, which apply to the territories and the northern parts of provinces. Right now, Canada does some things very well. We are the world leader in

Dr Young : Je vais me montrer prudente dans ma réponse, car je ne voudrais pas donner l'impression qu'une injection de ressources ne pourrait pas améliorer la situation en matière de santé. Ce n'est pas ce que je veux dire. Je veux simplement faire valoir que l'on n'améliorera pas les choses en se contentant d'augmenter la quantité de ressources. Il est tout aussi important de déterminer la façon dont ces ressources sont utilisées, réparties et ciblées, et quel groupe en bénéficie.

D'un point de vue plus philosophique, et en quelque sorte théorique, on pourrait se dire que la santé est une responsabilité individuelle. Pour améliorer la situation en matière de santé, il faut sensibiliser les gens pour les inciter à adopter de bons comportements. À l'autre extrême, il y a la perspective sociétale ou macro-environnementale. Il faut changer la société pour que la situation s'améliore au chapitre de la santé. Nous avons tendance à aller de l'un de ces extrêmes à l'autre.

Je travaille dans ce secteur depuis suffisamment longtemps pour avoir compris que la véritable solution ne passe pas par ces deux extrêmes, car on doit, de toute évidence, satisfaire à certaines conditions préalables pour améliorer la santé. À l'échelon sociétal, certaines mesures doivent être prises, mais chaque citoyen doit également adopter certains comportements, ce qui fait que le système de santé a un rôle à jouer en se montrant efficace sous différents aspects. Je ne suis pas sûre que notre système de santé, dans sa forme actuelle, s'acquitte bien de ce rôle.

Si l'on examine l'analyse économique, et il faut malheureusement regretter le peu d'études qui sont menées sur les facteurs économiques liés aux soins de santé pour les Premières nations, les dépenses par habitant dépassent vraiment de beaucoup celles consenties pour le reste de la population canadienne. Si l'on se limite à une optique de rentabilité, on peut dire que nous n'en avons pas pour notre argent. Compte tenu de ce que nous dépensons, nous n'obtenons pas de résultats suffisants en matière de santé.

La solution ne consiste donc pas à injecter davantage de fonds, mais bien à utiliser l'argent de façon judicieuse dans les secteurs où les effets sont les plus sentis. C'est là qu'entre en jeu toute cette question des services de santé et de la médecine fondée sur des preuves. Nous nous contentons bien souvent de répéter les interventions du passé sans considérer leurs effets. Est-ce que les lignes téléphoniques pour la prévention du suicide fonctionnent vraiment? Il faut évaluer les mesures de ce genre pour déterminer si elles produisent effectivement des résultats.

On parle ici de mesures à prendre dans une perspective très ciblée, mais nous devons également, à l'autre extrémité du spectre, changer certaines choses au sein de la société pour permettre une telle évolution.

Le sénateur Eggleton : Lorsque vous nous parlez des systèmes de santé, faites-vous uniquement référence à la province de l'Ontario où vous avez travaillé ou est-ce que vos commentaires sont valables pour l'ensemble du Canada?

Dr Young : J'hésiterais à affirmer que mes observations peuvent s'appliquer à l'ensemble du pays. Parlons un instant des régions éloignées, c'est-à-dire des territoires et des parties septentrionales des provinces. À l'heure actuelle, le Canada se

putting nurse practitioners in isolated areas, where they function as physicians, and yet that is not very well advertised. We are shying away from that.

Clearly, technology can help in terms of using telehealth technology. Those are technological fixes that may or may not be applicable in all areas.

Senator Eggleton: My second question goes to Ms. Lafontaine. At the last meeting we had, Professor John O'Neil made a presentation in which he said that the primary social determinant of health in Aboriginal communities is self-government. Do you agree with that, and if self-government is a key factor for those who are on reservations, in terms of social determinants of health solutions, what about those who live in the urban areas, where you would have lots of bands? How would that work as per Mr. O'Neil's comments?

Ms. Lafontaine: I do not think that it is something that I or NAHO can comment on. It is more in the political environment. It is more appropriate for the political Aboriginal organizations to deal with these types of issues. I do not know. Do you want to add something, Mr. Buell?

Mr. Buell: The key point we would like to get across is not that one determinant is more important than any other. What is important is how those determinants interact within an Aboriginal context. Any interventions that are based on single determinants — it would probably be best focus on interventions that would address how the determinants interact. Finding the place where they interact and tethering your interventions to those areas would gain our support.

Senator Eggleton: Dr. Chandler, I have to ask you — and you can respond to that question as well — this is astounding information. We have an abundance of information that paints a very gloomy picture — life expectancy being less for First Nations, infant mortality rates higher, chronic disease rates higher for Aboriginals. With respect to the suicide rate, we are told that overall, First Nations, five to six times higher and Inuit 11 times higher. Your chart says that almost 40 per cent of communities have no recorded deaths by suicide. There are two things I should like to know. One, while your study is based on B.C., do you suspect that it also would apply in other parts of the country, to about the same extent, more or less? Can you go over the formula these communities have found to come up with that, please. As well, if you can take the suicide rate figures that I just gave you a moment ago and bring them down to nothing, as you have done in 40 per cent of the Aboriginal communities, what about these other things — life expectancy, unemployment, chronic diseases — are they also much less in these communities as well?

montre très efficace dans certaines de ses interventions. Nous sommes les chefs de file mondiaux quant à l'utilisation d'infirmiers et d'infirmières praticiennes qui jouent le rôle de médecins dans les régions isolées. Nous ne semblons toutefois pas vouloir nous en vanter beaucoup.

De toute évidence, la technologie peut nous être utile en permettant le recours à la télémédecine. Il s'agit de solutions technologiques qui ne sont pas nécessairement applicables dans tous les secteurs.

Le sénateur Eggleton : Ma deuxième question s'adresse à Mme Lafontaine. À notre dernière réunion, M. John O'Neil nous a indiqué dans son exposé que le principal déterminant social de la santé des communautés autochtones est l'autonomie gouvernementale. Êtes-vous d'accord avec cette affirmation? Si l'autonomie gouvernementale est un facteur clé parmi les déterminants sociaux de la santé pour les Autochtones vivant dans les réserves, qu'en est-il de ceux qui résident en milieu urbain, où l'on retrouve un grand nombre de bandes? Comment les choses se passent-elles à ce niveau, si l'on s'en tient aux observations de M. O'Neil?

Mme Lafontaine : Je ne crois pas que cette question relève de mes compétences, pas plus que de celles de l'ONSA d'ailleurs. Elle s'inscrit davantage dans le contexte politique. Il est préférable que les organisations politiques autochtones s'occupent de ce genre de questions. Je ne sais pas. Avez-vous quelque chose à ajouter, monsieur Buell?

M. Buell : Nous voulons surtout faire valoir qu'il n'y a pas un déterminant qui soit plus important que les autres. Ce qui compte d'abord, c'est la manière dont ces déterminants interagissent dans un contexte autochtone. Au lieu d'interventions fondées sur des déterminants isolés, il vaudrait mieux concentrer nos efforts sur l'interaction entre les déterminants. Nous serions favorables à des mesures qui cibleraient ces interactions et moduleraient nos interventions en conséquence.

Le sénateur Eggleton : Monsieur Chandler, je dois vous dire — vous pourrez répondre également à la question — que ces données sont stupéfiantes. Vous nous présentez beaucoup d'informations qui nous brossent un tableau très sombre de la situation — espérance de vie moindre pour les Premières nations, taux de mortalité infantile plus élevé, taux de maladies chroniques supérieure pour les Autochtones. Quant au taux de suicide, on nous dit qu'il est cinq ou six fois supérieur, dans l'ensemble, pour les Premières nations et 11 fois plus élevé pour les Inuits. Votre graphique indique que près de 40 p. 100 des communautés n'ont enregistré aucun décès par suicide. Il y a deux choses que j'aimerais savoir. Premièrement, comme votre étude portait sur la Colombie-Britannique, croyez-vous que la situation soit la même dans les autres régions du pays, dans une mesure à peu près semblable, plus ou moins? Pourriez-vous nous indiquer comment ces communautés sont arrivées à ces résultats? De plus, si vous pouviez prendre les chiffres sur le taux de suicide que vous nous avez fournis tout à l'heure et les ramener à zéro, comme l'ont fait 40 p. 100 des communautés autochtones, est-ce que ces autres éléments — espérance de vie, chômage, maladies chroniques — sont également moins présents dans ces communautés?

Mr. Chandler: The data is from B.C. We have recently scored a federal grant to try to move this model to Manitoba. With luck, we will be able to answer with authority whether it also works in Manitoba. Manitoba was chosen for a reason. It has many Aboriginal people and problems in their Aboriginal communities. In good time, I will be able to answer with authority about that.

If you ask me to speculate, I believe the B.C. data is "generalizable" to other provinces and territories. First, across Canada, the overall suicide rate, and name any other health problem that occurs to you, is disproportionately high in Aboriginal communities, but that is again painting with an extremely broad brush. I believe, but do not know for a fact, if you looked at suicide, or name another health-related issue, anywhere in Canada you would find variability across communities. Whether you would find 40 to 50 per cent with no problems, maybe it is only 20 per cent with no problems, but they would be there.

If you then are in search of a solution to this problem, studying the difference between the communities with and without this problem is not again a simple and sovereign solution, but it is a smart way to spend your energies. Look at the difference between the communities that do and do not have obesity or diabetes. Maybe there is no community that does not have elevated diabetes rates, but I bet there are.

As a general strategy, this is an effective strategy. Not only does it position you in a way that alerts you to what the possible solutions are, but also it begins to lift the burden of despair felt by the community and the sense on the part of the country at large that this is an insolvable problem.

If I could speak to the question about whether John O'Neil is right, that self-government is somehow the pinion question here, I certainly appreciate his reasons for saying that, but I would argue slightly differently. I believe there are two sets of forces at work in the Aboriginal communities with which I have personal experience. One of these sets of hopes or expectations is pinned on retrieving a lost traditional past. Another set of expectations is the opposite, which says forget the traditional past, let us try to gain some kind of civic control over our future. In fact, there are often internal wars going on within communities about which of these is the better way to proceed, and there is often disrespect between the groups.

M. Chandler : Les données viennent de la Colombie-Britannique. Nous venons tout juste de décrocher une subvention fédérale pour essayer d'appliquer ce modèle au Manitoba. Avec un peu de chance, nous serons en mesure d'indiquer de façon concluante si ce schéma fonctionne également là-bas. Ce n'est pas sans raison que nous avons choisi le Manitoba. On y retrouve de nombreux Autochtones et bien des problèmes au sein de ces communautés. Le moment venu, je pourrai vous fournir une réponse bien étayée à ce sujet.

Si vous me demandez des hypothèses, je vous réponds que je crois que les données de la Colombie-Britannique peuvent être généralisées pour les autres provinces et territoires. Dans un premier temps, le taux général de suicide pour l'ensemble du Canada, et c'est la même chose pour n'importe quel autre problème lié à la santé, est disproportionnellement élevé au sein des communautés autochtones, mais il s'agit encore là d'un tableau brossé à grands traits. Je pense, sans toutefois pouvoir l'affirmer, qu'un examen de la situation du suicide, ou de tout autre problème de santé, dans n'importe quelle région du Canada, révélerait des variations entre les communautés. Plutôt que 40 ou 50 p. 100 des collectivités n'ayant pas de problèmes, vous n'en trouveriez peut-être que 20 p. 100, mais elles seraient tout de même là.

Dans la recherche d'une solution, l'étude des différences entre les communautés, selon qu'elles soient ou non aux prises avec le problème, n'est pas nécessairement l'avenue unique et incontournable, mais c'est une façon judicieuse de déployer les énergies. Il faut voir quelles sont les différences, par exemple, entre les communautés qui éprouvent des problèmes d'obésité ou de diabète et celles qui en sont épargnées. Il n'y a pas nécessairement de collectivité qui n'enregistre un taux de diabète élevé, mais je dirais que cela est possible.

À titre d'approche générale, il s'agit d'une stratégie efficace. Vous vous retrouvez ainsi en meilleure position pour dégager les pistes de solutions possibles, mais cela contribue également à soulager ces collectivités du désespoir qui les accable et à faire en sorte que le reste du pays ne croit plus qu'il s'agit d'un problème irrésoluble.

Si vous me permettez de me prononcer quant à l'affirmation de John O'Neil à l'effet que l'autonomie gouvernementale serait le déterminant principal, je vous dirais que je comprends certes les motifs qui l'incitent à dire cela, mais que j'aurais une opinion légèrement différente. Je pense qu'il y a deux ensembles de forces qui se manifestent au sein des communautés autochtones que je connais personnellement. Il y a d'une part différentes espérances ou attentes qui s'inscrivent dans une volonté de retrouver les traditions perdues. À l'opposé, il y a tous ceux qui soutiennent qu'il faut oublier le passé et essayer, à titre de société, d'exercer un certain contrôle sur l'avenir. En fait, ces forces opposées donnent souvent lieu à des querelles intestines au sein des communautés quant à la meilleure façon de procéder, une situation qui est souvent à l'origine d'un manque de respect entre les différents groupes.

When I try to promote the idea of continuity of culture as somehow a better alternative than the notion of self-government, it is really because the notion of continuity is Janus-faced. It is looking back to the past and to the future at the same time. It somehow helps to heal a rift between these two kinds of community groups.

We have really strong data that suggest that attempting to rehabilitate your Aboriginal language is strongly associated with reduced suicide. There is no money to be made in rehabilitating an indigenous language. If the WHO is right, no matter how hard you work at it, three generations later it will be gone anyway. It is not an economic enterprise but it is an attempt to recoup some sense of meaningful connection to one's past.

I would argue that self-government is a manifestation of a community's attempt to situate themselves in time. It has these two features, both connecting to one's past and gaining some control over the future.

The Chairman: That is tremendously interesting, Dr. Chandler. I must say that the information coming out is tremendously interesting to the committee.

Fundamentally, looking at this from the top, we wonder why it is in this huge rich land with a small population that Canada ranks fourteenth in the world in population health. If we can study this properly, we are not truly fourteenth in the world. In some places, we are two-hundredth in the world; in other places, we are well above the rest of the world. It is good to know that the science is unfolding to begin to provide some answers.

[Translation]

My question is about Aboriginal youth. It is important to take care of the very young, but also of Aboriginal youth from 8 to 16 years old. A number of them lack schooling and end up unemployed. They often live in poverty and suffer discrimination.

What would you say are the main health determinants for the Aboriginal youth population? What form do you think a youth strategy would take? Should we have the same approach for Aboriginal youth living in cities? How could all that be coordinated? I think that looking after Aboriginal youth is very important.

[English]

Mr. Chandler: I missed the first part of your comment so I do not know to whom the question was directed.

[Translation]

Senator Pépin: No problem, you can answer.

[English]

Mr. Chandler: My group has recently completed a study in which we looked at the same set of factors that predicts youth suicide rates by community — self-government, control of health and education, welfare, et cetera — to see whether they also

Quand j'essaie de faire valoir l'idée que la continuité de la culture est préférable au concept d'autonomie gouvernementale, c'est vraiment parce que le concept de la continuité est un concept à deux faces. Il est axé à la fois sur le passé et l'avenir. D'une certaine façon, il contribue à combler un fossé entre ces deux types de communautés.

Nous avons des données très rigoureuses qui nous portent à croire que les tentatives de rétablissement des langues autochtones sont très liées à la baisse du taux de suicide. Il n'est pas rentable de rétablir une langue autochtone. Si l'OMS a raison, même si on y travaille avec acharnement, trois générations plus tard, elle va être disparue. Ce n'est pas une économique, mais c'est un moyen de tirer un sens profond de son passé.

Je dirais que l'autonomie gouvernementale est une manifestation de la tentative d'une communauté de se situer dans le temps. Elle a ces deux caractéristiques : elle lie les gens à leur passé tout en les rendant maîtres de leur avenir.

Le président : C'est extrêmement intéressant, monsieur Chandler. Je dois dire que l'information qui ressort est extrêmement intéressante pour le comité.

Dans le fond, quand on regarde la situation d'en haut, on se demande pourquoi c'est sur cette terre immensément riche où vit une petite population que le Canada occupe le 14^e rang au monde quant à la santé de la population. Si l'on étudie bien la situation, on voit que nous ne sommes pas vraiment quatorzièmes au monde. À certains égards, nous sommes deux centièmes au monde et à d'autres, nous faisons bien meilleure figure que le reste du monde. Il est bon de savoir que la science commence à nous apporter des réponses.

[Français]

La question que je vais poser concerne les jeunes autochtones. Il est important de s'occuper de la petite enfance, mais aussi des jeunes autochtones âgés de 8 à 16 ans. Plusieurs d'entre eux manquent de scolarité et se retrouvent sur le chômage. Souvent, ils vivent dans la pauvreté et souffrent de discrimination.

Selon vous, quels seraient les principaux déterminants de la santé pour la jeune population autochtone? Quel accent doit-on mettre sur la stratégie de la jeunesse? Doit-on avoir la même approche avec les jeunes autochtones des milieux urbains? Comment pourrait-on coordonner tout cela? Je crois qu'il est très important de s'occuper de ces jeunes autochtones.

[Traduction]

M. Chandler : Je n'ai pas compris le début de ce que vous avez dit, donc je ne sais pas à qui votre question s'adresse.

[Français]

Le sénateur Pépin : Pas de problème, vous pouvez répondre.

[Traduction]

M. Chandler : Mon groupe vient de terminer une étude pour laquelle il s'est penché sur les facteurs mêmes qui nous permettent de prévoir les taux de suicide par communauté : l'autonomie gouvernementale, le contrôle de la santé et de l'éducation, le

predict school dropout rates. In B.C., approximately 30 per cent of Aboriginal youth complete a high school diploma. Actually, among the general population, it is only 70 per cent, which is astounding. However embarrassed you are that only 70 per cent of the general population earns a high school diploma, it is more tragic still that only 30 per cent of the Aboriginal community achieves that. If you unpack that data and ask, "What about community by community?" you will find that many Aboriginal communities in British Columbia have never graduated a high school student — not one — whereas the rate in other communities, although not quite the same as the rate in the general population, is very close to it.

Senator P  pin: I never heard anything like this before.

Mr. Chandler: Again, if we had a graph that showed high school completion rates, it would be extremely saw-toothed. We already know that a set of community level factors predict which communities are doing a better job. That is not the complete answer to your question, but it is a step. It suggests that if these social-cultural resources are in place, then children will complete school.

The deeper question is why some of these communities are doing better. Although we cannot answer that question entirely, we can stave off some hypotheses. It is not a question of poverty — although I have to be careful in saying that because the entire Aboriginal community is deeply depressed socio-economically in comparison to the rest of the community. Forget for the moment about the rest of the community and look within the Aboriginal world itself. Their various predictors of socio-economic status do not predict either suicide or school dropout rate, and I can try to unpack that with you. The first intuition is that it is a matter of money, but it does not seem to be within the community-by-community differences in school completion rate or in the suicide rate. You might also guess that it is the people who are extremely rural versus the people who are more urban — but that does not work either.

While I do not want to pretend that we have all the answers to all of these questions, we have a solution strategy, that is, a way of looking that produces some results and a way that discounts some possible expectations that do not bear up to scrutiny.

Part of your question, as I understood it, was on the importance of emphasizing the youthful sector of Aboriginal communities. Certainly, that is exactly right on, but we do not have to do that by working out little programs for individual children. Rather, we have to work, I believe, at the level of community restructuring.

Senator P  pin: I am stunned because we hear so much about suicide in young Aboriginals and how they cannot cope and live like other young people. You tell us that in B.C only 30 per cent

bien-être, et cetera. Nous voulions voir s'ils étaient indicateurs également du taux de décrochage scolaire. En Colombie-Britannique, environ 30 p. 100 des jeunes Autochtones terminent leurs études secondaires. En fait, dans la population générale, il n'y en a que 70 p. 100 qui les terminent, ce qui est ahurissant. Même s'il y a de quoi être gêné que seulement 70 p. 100 des membres de la population générale décrochent un diplôme d'études secondaires, il est encore plus tragique que seulement 30 p. 100 des Autochtones y arrivent. Si l'on analyse ces données communauté par communauté, on se rend compte que dans beaucoup de collectivités de la Colombie-Britannique, jamais un élève n'a terminé ses études secondaires, jamais, alors que dans d'autres collectivités, bien que le taux de diplomation ne soit pas le même que dans la population générale, il est très près.

Le sénateur Pépin : Je n'avais jamais rien entendu de tel.

M. Chandler : Encore une fois, si nous avons un graphique illustrant le taux de diplomation d'études secondaires, les courbes seraient vraiment en dents de scie. Nous savons déjà qu'il y a des facteurs communautaires qui nous indiquent quelles collectivités font le meilleur travail. Cela ne répond pas complètement à votre question, mais c'est un premier pas. Cela nous indique que si les ressources socioculturelles sont mises en place, les enfants vont terminer leurs études.

La question de fond à nous poser, c'est pourquoi certaines communautés s'en tirent mieux que d'autres. Même si nous ne pouvons pas tout à fait répondre à cette question, nous pouvons émettre quelques hypothèses. Ce n'est pas une question de pauvreté, même si je dois faire attention en le disant, parce que tout le peuple autochtone est très désavantagé socioéconomiquement en comparaison avec le reste de la population. Oublions un instant le reste de la population et tournons-nous vers le monde autochtone lui-même. Leurs divers indicateurs de statut socioéconomique ne permettent pas de prévoir le taux de suicide ou de décrochage scolaire, et je peux vous expliquer pourquoi. La première intuition, c'est que c'est une question d'argent, mais l'argent ne semble pas justifier les différences dans le taux de diplomation ou de suicide d'une collectivité à l'autre. On pourrait également présumer qu'il y a des différences entre les régions très rurales et les régions plus urbaines, mais ce n'est pas concluant non plus.

Je ne prétends pas que nous avons toutes les réponses à toutes ces questions, mais nous avons une stratégie de solution, c'est-à dire une façon de voir qui produit des résultats et qui réduit certaines attentes possibles qui ne tiennent pas la route.

Si j'ai bien compris votre question, vous soulignez l'importance de mettre l'accent sur les jeunes des communautés autochtones. C'est tout à fait vrai, mais nous n'avons pas    le faire en menant des petits programmes pour chaque enfant. Nous croyons plutôt qu'il faut restructurer la communauté.

Le sénateur Pépin : Je suis renversée parce que nous entendons tellement parler du suicide chez les jeunes Autochtones et de leur difficulté à vivre comme les autres jeunes. Vous nous dites

of them have a high school education. We need to know and understand your strategy.

[Translation]

Now, turning to Aboriginal women, their situation is quite different from that of other Canadian women. A number of them have significant health problems.

What are the main health determinants for Aboriginal women? Where are the gaps in our understanding of the main determinants? Then, what are the indicators and the steps that we must take to fill those gaps?

[English]

Dr. Young: On women's health, the same health determinants apply to men as apply to women, such as socio-economic conditions, smoking and physical activity. In women's health, relating to reproduction is in addition and family violence is very important. In reproductive health, for example, the Aboriginal population has a much higher fertility rate and a higher rate of teen pregnancy. That introduces a whole dimension of health issues, both for herself and her children. Family violence is, of course, a major problem, but, unfortunately, that is one area where we do not have good information as to how common it is.

If you want to highlight two or three things that are of particular importance to women, I would say family violence and reproductive health.

Ms. Abonyi: The other one that seems to be emerging is the difference in sexually transmitted diseases. The rates for HIV and so forth are higher in the female population than among men.

Senator Pépin: Do you have any specific recommendations for a way that we should handle that situation?

Ms. Abonyi: I would add to what I have been hearing some of the others say. It is about looking at some of the intersections of these determinants and understanding what is happening and looking at places where we are not seeing some of these issues, namely, how are some of these determinants intersecting there to produce healthy populations, rather than trying to look at the intersections around poor health.

Mr. Chandler: I do not have much to add, but I do have two things. First, two years passed in B.C. without a single young woman committing suicide. In general, their suicide rate is much lower than it is in males — and that is not only true for the Aboriginal world, it is true in general. It is perhaps too early to say, but there is a declining overall provincial rate of suicide, and it is due principally to the reduction among young women. If I were to speculate as to why that might be, it seems that when one's culture has been ripped from beneath one's feet, there

qu'en Colombie-Britannique, seulement 30 p. 100 d'entre eux obtiennent un diplôme d'études secondaires. Nous devons connaître et comprendre votre stratégie.

[Français]

Maintenant, en ce qui concerne la santé des femmes autochtones, leur situation est tout à fait différente de celle des autres femmes canadiennes. Plusieurs d'entre elles ont des problèmes de santé très importants.

Quels seraient les principaux déterminants de la santé pour les femmes autochtones? Quelles sont les lacunes en matière d'information des principaux déterminants? Enfin, quels sont les indicateurs et les mesures que nous devons prendre pour combler ces lacunes?

[Traduction]

Dr Young : Les mêmes déterminants de la santé s'appliquent aux hommes et aux femmes; il y a notamment la situation socioéconomique, le tabagisme et l'activité physique. Chez les femmes, il y a aussi tout ce qui concerne la santé de la reproduction et la violence conjugale, qui est très importante. Sur le plan de la santé de la reproduction, par exemple, la population autochtone a un taux de fertilité et de grossesse chez les adolescentes particulièrement élevé. Cela donne une dimension particulière aux problèmes de santé, tant pour la femme que pour ses enfants. Bien entendu, la violence conjugale est un grave problème, mais malheureusement, nous n'avons pas assez de bons renseignements pour déterminer à quel point elle est répandue.

Si l'on veut souligner deux ou trois choses qui sont d'une importance particulière pour les femmes, je dirais qu'il y a la violence conjugale et la santé de la reproduction.

Mme Abonyi : L'autre facteur qui semble émerger, c'est la différence quant à la contamination par les maladies transmissibles sexuellement. Les taux de contamination par le VIH et d'autres maladies sont plus élevés dans la population féminine que dans la population masculine.

Le sénateur Pépin : Avez-vous des recommandations particulières à nous faire sur la façon de corriger cette situation?

Mme Abonyi : J'aimerais ajouter une chose à ce que j'ai entendu de la bouche des autres. Il faut étudier les interactions entre ces déterminants et comprendre ce qui se passe; il faut observer ce qui se passe là où ces problèmes ne semblent pas présents, c'est-à-dire examiner comment ces déterminants s'entrecroisent pour produire des populations en santé plutôt que d'essayer d'analyser leurs interactions quand ils minent la santé des populations.

M. Chandler : Je n'ai pas grand-chose à ajouter, mais je voudrais souligner deux choses. Premièrement, pendant deux ans en Colombie-Britannique, il n'y a pas une seule jeune femme qui s'est suicidée. En règle générale, le taux de suicide chez les femmes est bien inférieur à celui chez les hommes, et cela est vrai non seulement dans le monde autochtone, mais dans la population en général aussi. Il est peut-être trop tôt pour tirer des conclusions, mais le taux de suicide semble diminuer en général dans la province, ce qui est principalement attribuable à la baisse du taux

continue to be meaningful roles for women, roles that reach back into history, and perhaps the issue of early teen pregnancy is related to this.

It seems to me that young Aboriginal men have no cultural place in the world. We are doing just the beginnings of a study where we are looking at bands in which there is a role for men that had status traditionally, like fishing, and there are other places where Aboriginal people pick fruit, which had nothing to do with their history. Some of the social determinants, like suicide and school dropout rates, are higher in those communities where there is no culturally respectable role for men.

The Chairman: I recall being in Iqaluit where a young man testifying before us said just that. He said: "There is nothing left for us. We used to be the hunters and gatherers, but that is no longer necessary. The women have a place in society, but we do not have one." That is very depressing stuff.

Senator Cochrane: I have a supplementary to my colleague's first question. You said that only 30 per cent of Aboriginal graduate from high school. In speaking with several teachers who go to various isolated communities to teach the Aboriginal children, I am hearing that there is a certain time when they cannot teach because only one or two of the children will show up, all because their families take the children out hunting and things of that nature. Maybe we should be looking at having a different type of school system.

Mr. Chandler: Again, the school system that we have for the general population, where people get their summers off, was dictated by agricultural norms in the general population. We know how to do that. We have not bothered to or worked to figure out how to make the framing of the school system fit within the lives of different cultural groups. It is not rocket science; we could do it if we wanted to. If there were political will to do it, it could be done.

Ms. Abonyi: In one of the Northern Ontario schools where I worked, they worked the curriculum around goose breaks in spring and fall, so there was no school during those times. You are staying longer in the summer, but students were out for goose breaks. You do not have to choose between a dimension of cultural health and your educational health, for example.

Senator Cochrane: Did that work?

Ms. Abonyi: It was going very well there, yes.

Dr. Young: I want to caution that we should not assume that all Aboriginal communities want to have their traditional ways. They live in the globalized world of the twenty-first century. They need to know how to use a computer and the Internet. They will get jobs in the business world. You cannot say, "Go and become a hunter." That will not work for them. They will have

chez les femmes. Si je devais deviner pourquoi il baisse, je dirais que quand on a perdu tout contact avec sa culture, il continue d'y avoir des rôles qui ont du sens pour les femmes, des rôles qui ont toujours existé dans l'histoire, et la question de la grossesse chez les jeunes adolescentes n'est peut-être pas étrangère à tout cela.

J'ai l'impression que les jeunes hommes autochtones n'ont pas de place culturelle dans le monde. Nous commençons à peine une étude dans le cadre de laquelle nous examinons les bandes où les hommes ont un rôle à jouer qui a un prestige traditionnel, comme de pêcher, et d'autres bandes, où les Autochtones cueillent des fruits, ce qui n'a rien à voir avec leur histoire. Certains déterminants sociaux, comme les taux de suicide et de décrochage sont plus marqués dans les collectivités où il n'y a plus de rôle respectable culturellement pour les hommes.

Le président : Je me rappelle être allé à Iqaluit, où un jeune homme qui témoignait devant nous a dit exactement la même chose. Il a dit : « Il ne reste plus rien pour nous. Avant, nous étions chasseurs et cueilleurs, mais ce n'est plus nécessaire. Les femmes ont une place dans la société, mais nous n'en avons pas. » C'est très déprimant.

Le sénateur Cochrane : J'ai une autre question à vous poser dans la foulée de la première question de ma collègue. Vous avez dit que seulement 30 p. 100 des Autochtones terminaient leurs études secondaires. Quand je parle avec plusieurs enseignants qui se rendent dans des collectivités isolées pour enseigner aux enfants autochtones, ils me disent qu'il y a des périodes où ils ne peuvent pas enseigner parce qu'il n'y a que un ou deux enfants à l'école, parce que leurs familles les amènent chasser, entre autres. Peut-être devrions-nous envisager de leur offrir un système scolaire différent.

M. Chandler : Encore une fois, le système scolaire destiné à la population générale, dans lequel les gens sont en congé l'été, a été conçu en fonction des normes agricoles de la population générale. Nous savons quoi faire. Nous n'avons pas pris la peine de nous demander comment adapter le cadre scolaire à la vie des différents groupes culturels. Ce n'est pas sorcier, nous pourrions le faire si nous le voulions. S'il y avait une volonté politique en ce sens, ce serait possible.

Mme Abonyi : Dans l'une des écoles du Nord de l'Ontario où j'ai travaillé, l'horaire a été organisé en fonction de congés au printemps et à l'automne pour la chasse à l'oie, afin qu'il n'y ait pas d'école pendant ces périodes. Les élèves restent à l'école plus longtemps l'été, mais ils ont un congé de chasse à l'oie. Ils n'ont pas à choisir entre une dimension de leur santé culturelle et leur santé éducative, par exemple.

Le sénateur Cochrane : Est-ce que cela fonctionnait?

Mme Abonyi : Cela fonctionnait très bien, oui.

Dr Young : Je tiens à vous mettre en garde contre le risque de présumer que toutes les communautés autochtones veulent conserver leur mode de vie traditionnel. Ils vivent dans l'ère de la mondialisation du XXI^e siècle. Ils doivent apprendre à utiliser l'ordinateur et l'Internet. Ils vont se trouver des emplois dans le monde des affaires. On ne peut pas leur dire : « Devenez

to decide what kind of education is best for them. Maybe the majority today would opt for, "We want a computer in every classroom rather than let us go off and hunt."

Senator Fairbairn: This is a very educational presentation that all of you have given to us.

Because I do a lot of work in literacy and education, I wish to dig a little deeper into this. I noticed, Mr. Chandler, in your comment, that in the case of British Columbia there are communities that have achieved a measure of self government, were quick off the mark to litigate for Aboriginal title to traditional lands, that promote women in positions of leadership and that have supported the construction of facilities for the preservation of culture. Much of that put together comes down to a level of education — or up, as the case may be. Ms. Lafontaine, you used a percentage of 90 per cent when you were doing your presentation on the issue of literacy and the difficulties.

In the larger picture, is the question of education or literacy a foundation issue in bringing on some of the negative parts of Aboriginal life, which, of course, would include suicide at any age level? Is that lack of learning or the desire to learn or the encouragement to learn a foundation issue to the problem?

Mr. Chandler: To have a well-reasoned answer to your question, I would have to have some information that I do not have. If you look at those communities, your intuition is that the communities that have struggled to achieve a measure of self-government and have litigated for Aboriginal title — that somehow that was driven by the fact that beneath all that there was a higher level of education. Maybe that is right; I do not know the answer to that. My intuition is that it is often very surprising how few people are required in a band to make some of these things work. Although I do not have the data in hand, if you could go back and discover what the educational level of this group was 30 years ago, it would not be that the groups that have succeeded were somehow at the top of the heap in terms of having better education. It is that somehow a group of community leaders has emerged, somehow almost beyond reason, out of a very bad situation and are driving progress in their communities.

I am certainly convinced that if we could raise the educational level of the whole Aboriginal world, it would not make a huge difference. We may not have to wait the 30 years for that to happen. It seems as if it is happening in pockets, not because people somehow have secretly become educated. I really do not know the answer to your question. If you ask why some communities produce these markers of success and others do not, the best answer is that some things that you would have guessed were the reasons they are not, such as more money at their disposal. I do not know whether they were better educated. I do not think so.

chasseurs. » Cela ne va pas fonctionner pour eux. Ils doivent décider quel type d'éducation leur convient le mieux. Peut-être qu'aujourd'hui, la majorité d'entre eux choisiraient d'avoir un ordinateur dans toutes les classes plutôt que d'avoir un congé pour chasser.

Le sénateur Fairbairn : Votre témoignage est très instructif.

Comme je travaille beaucoup dans le domaine de l'alphabétisation et de l'éducation, j'aimerais creuser un peu le sujet. Monsieur Chandler, j'ai remarqué dans vos observations qu'en Colombie-Britannique, il y a des collectivités qui ont acquis l'autonomie gouvernementale dans une certaine mesure, qui ont été vites à revendiquer des titres autochtones sur leurs terres ancestrales, qui favorisent la présence des femmes au pouvoir et qui appuient la construction d'établissements pour la préservation de la culture. Tout cela mis ensemble témoigne d'un certain niveau d'éducation. Madame Lafontaine, vous avez lancé le chiffre de 90 p. 100 dans votre exposé sur l'alphabétisation et les difficultés.

Si l'on regarde la situation dans son ensemble, l'éducation et l'alphabétisation sont-elles des solutions fondamentales aux parties négatives de la vie autochtone, qui comprennent évidemment le suicide à tout âge? Est-ce que le manque d'apprentissage, de désir d'apprendre ou encore d'incitation à apprendre est à la source du problème?

M. Chandler : Pour répondre de façon réfléchie à votre question, il me faudrait des renseignements que je n'ai pas. Quand on observe ces collectivités, on a l'impression que celles qui se sont battues pour obtenir l'autonomie gouvernementale dans une certaine mesure et qui ont revendiqué des titres autochtones sont également celles où le niveau de scolarisation était le plus élevé. C'est peut-être vrai, mais je ne peux pas vous répondre. Je serais porté à croire que très souvent, il est étonnant de voir à quel point il faut peu de gens dans une bande pour que le déclic se fasse. Je n'ai pas de données en main, mais si l'on analysait le niveau de scolarité de ces groupes il y a 30 ans, les groupes qui ont réussi le mieux ne seraient pas nécessairement ceux ayant la meilleure éducation. La clé, c'est plutôt qu'il y a un groupe de leaders qui s'est démarqué, d'une façon qui ne s'explique presque pas, dans une situation très mauvaise et qui a été un moteur de progrès dans ces collectivités.

Je suis tout à fait persuadé que si nous augmentions le niveau de scolarité des Autochtones, cela ne ferait pas une grande différence. Nous n'avons peut-être pas besoin d'attendre 30 ans pour cela. Il semble que cela arrive ici et là et que ce n'est pas parce que les gens se sont secrètement instruits d'une façon ou d'une autre. Je ne connais vraiment pas la réponse à votre question. Si vous me demandez pourquoi certaines communautés arrivent à produire ces indicateurs de succès et d'autres non, la meilleure réponse que je peux vous donner, c'est que les raisons qu'on serait porté à donner ne sont pas les bonnes, comme le fait que ces communautés ont de l'argent à leur disposition. Je ne sais pas si elles étaient mieux éduquées. Je ne le pense pas.

There is some interesting work by a man from Harvard, Stephen Cornell, who writes about an interesting intersect between traditional forms of government and the kind of government form that happened to be imposed by the federal or provincial government of the day. This is clearest in the U.S. where the forward march across the continent was fairly regular and federal policy kept changing as it intersected with bands further and further west. It was an almost accidental coming together of a certain kind of similarity between traditional forms of government and the kind that was being imposed. In all those cases where there was that kind of convenient mix, bands who seemed to have no resources have succeeded enormously well. Other bands that were sitting on a gold mine of resources have fallen into despair. It is a very complicated question. The work by Cornell and colleagues is a step in that direction, but no one can really answer the question you are asking right now.

Ms. Lafontaine: It is important to promote education within our youth. NAHO has a program, the National Aboriginal Role Model Program, where every year we pick 12 role models, four First Nations, four Inuit and four Métis. Those 12 role models yearly are tasked with going into communities and promoting education as well as their achievements. The last announcement of the role models was done by the Governor General here in Ottawa. It seems to be a successful program. When we started three years ago, we received maybe 50 or 60 nominations. We have just finished a call for submissions and we received over 150 nominations. That was really exciting. It generates a lot of positive attitude within the youth community. There is interest and they want to meet these role models and speak to them. We get several requests for them to attend community events and present themselves and their achievements. It is a very positive tool, one that allows youth to see that there is something out there for them, as well as promoting education in a large part.

Senator Cochrane: Are there boys and girls?

Ms. Lafontaine: Yes.

Mr. Buell: With regard to your comment on literacy, what Ms. Lafontaine was referring to in her presentation is that it depends on how you define literacy. There is a 2004 research paper from NAHO that looks at literacy in an Inuit-specific context. It looked at the idea of literacy as defined as a higher level analytical skill to make informed choices about one's life, not necessarily the ability to read or write.

Senator Cook: I am the last one on the list. Much has been said and much needs to be done.

I struggle for understanding here. I come from Newfoundland and Labrador. My first introduction to the problems of First Nations people was the issue of the residential schools. I am a

Il y a un homme à Harvard, du nom de Stephen Cornell, qui écrit sur un lien intéressant entre les formes traditionnelles de gouvernement et la forme de gouvernement imposée par le gouvernement fédéral ou provincial du moment. C'est particulièrement clair aux États-Unis, où la conquête du continent s'est faite à un rythme assez régulier et où la politique fédérale a changé constamment au fur et à mesure où les colonisateurs rencontraient de nouvelles bandes toujours plus à l'ouest. C'était presque une rencontre accidentelle d'une certaine similitude entre des formes traditionnelles de gouvernement et les modèles qui étaient imposés. Dans tous les cas où ce type de mélange approprié a été établi, des bandes qui semblaient ne pas avoir de ressources ont extrêmement bien réussi. D'autres bandes qui avaient à portée de main une mine d'or de ressources sont tombées dans la décrépitude. C'est une question très complexe. Le travail de Cornell et de ses collègues est un pas dans la bonne direction, mais personne ne peut vraiment répondre à la question que vous posez.

Mme Lafontaine : Il est important de favoriser l'éducation chez nos jeunes. L'ONSA a un programme intitulé le Programme national des modèles autochtones dans le cadre duquel nous sélectionnons 12 personnes modèles chaque année : quatre des Premières nations, quatre Inuits et quatre Métis. Ces 12 modèles ont le mandat pendant toute une année de se rendre dans les collectivités pour faire la promotion de l'éducation et de leurs réalisations. C'est ici, à Ottawa, que la gouverneure générale a annoncé les derniers modèles. Ce programme semble porter fruit. Quand nous l'avons lancé, il y a trois ans, nous avons reçu peut-être 50 ou 60 candidatures. Nous venons tout juste de clore un appel de candidature, et nous en avons reçues plus de 150. C'est vraiment excitant. Ce programme génère une attitude très positive parmi les jeunes. Il y a de l'intérêt; ils veulent rencontrer ces modèles et leur parler. Nous recevons plusieurs demandes pour que ces modèles participent à des événements dans la communauté, qu'ils se présentent et présentent leurs réalisations. C'est un outil très positif, qui permet aux jeunes de voir qu'il y a quelque chose pour eux et qui fait en grande partie la promotion de l'éducation.

Le sénateur Cochrane : Est-ce qu'il y a des garçons et des filles?

Mme Lafontaine : Oui.

M. Buell : Concernant ce que vous avez dit sur l'alphabétisme, Mme Lafontaine a mentionné dans son exposé que tout dépendait de la définition qu'on donnait à l'alphabétisme. En 2004, l'ONSA a publié des résultats de recherche sur l'alphabétisme dans un contexte exclusivement inuit. Les chercheurs se sont penchés sur l'idée de définir l'alphabétisme comme l'acquisition de compétences analytiques élevées pour faire des choix éclairés dans sa vie et pas nécessairement comme des compétences en lecture ou en écriture.

Le sénateur Cook : Je suis la dernière sur la liste. Beaucoup de choses ont été dites, et il y a beaucoup à faire.

J'essaie de comprendre. Je viens de Terre-Neuve-et-Labrador. Quand j'ai entendu parler pour la première fois des problèmes des peuples des Premières nations, c'était dans le contexte des

member of the United Church of Canada. It was a big learning curve in trying to understand that phenomenon in places so far away from my remote island.

I am still preoccupied about the impact of that era. I am wondering how many children were involved. Was it an exodus of the population that ended up in residential schools? I still struggle with that one. How do you get your cultural continuity if it was taken from you?

Last night's news carried a story about the government apologizing for that terrible time in our history. The chief still wanted something more. Parliament apologized, but the chief wished that the government had done that.

How realistic is it for that generation to be able to let go? That question preoccupies me. Does it manifest itself in those people?

My question is one of a wish. Given that 50 per cent of Aboriginal people are under the age of 25, and it is a fast-growing population, and the White population are older and have fewer babies, if each one of you had to take a first step and to use your wisdom to help that group of people, what would you do? How would you use your wisdom to help those people through this maze that we are trying to get through?

Dr. Young: Are you referring to the residential school survivors?

Senator Cook: You can speak from your knowledge, understanding and experience.

I went to a conference on poverty for my church about 20 years ago. There were circles, talks and dialogue. There was an elder from the Cypress Hills band who never spoke for three days. The last session was: Who will roll away the stone? We had to take our stone when we went there and put it back with a solution. When she put her stone in, she looked at us — we were predominantly Caucasian. She said: "You White people talk too much." I fear we are trying to understand; you have all accumulated wisdom and experience. At some point, we have to put our foot in the water and implement something. That is what I am asking. How would you take your first step to address some of these issues?

Mr. Chandler: Everyone is looking down.

Dr. Young: I am too timid to tackle that.

Senator Cook: Someone has to. We have to.

Mr. Buell: It is a very difficult question. If I had the answer, I probably would not be sitting here right now.

It goes back to something Ms. Lafontaine mentioned, celebrating successes of Aboriginal youth through things like the role model program, but also research into those communities that are doing something right and finding out what is going right in that 50 per cent of communities in B.C. That is happening

pensionnats. Je fais partie de l'Église Unie du Canada. J'ai eu une grande courbe d'apprentissage pour essayer de comprendre ce phénomène dans des endroits si éloignés de mon île isolée.

Je suis toujours inquiète des répercussions de cette époque. Je me demande combien d'enfants ont été touchés. L'envoi dans les pensionnats a-t-il créé un exode de la population? J'essaie toujours de le comprendre. Comment peut-on assurer sa continuité culturelle quand on se fait prendre sa culture?

Hier soir, on pouvait voir au téléjournal que le gouvernement s'est excusé de ce sombre chapitre de notre histoire. Le chef voulait quand même plus. Le Parlement s'est excusé, mais le chef aurait voulu que le gouvernement le fasse.

Comment est-il possible pour cette génération d'oublier? Cette question me préoccupe. Est-ce qu'elle se manifeste chez ces personnes?

Ma question est un peu comme un souhait. Étant donné que 50 p. 100 des Autochtones ont moins de 25 ans et que leur population croît rapidement, alors que la population des Blancs est plus âgée et que les Blancs ont moins d'enfants, si chacun d'entre vous devait prendre une première mesure et utiliser toute sa sagesse pour aider ces groupes, que feriez-vous? Comment utiliseriez-vous votre sagesse pour aider ces gens à se sortir de cette impasse?

Dr Young : Parlez-vous des survivants des pensionnats?

Le sénateur Cook : Vous pouvez me répondre d'après vos connaissances, votre compréhension de la situation et votre expérience.

J'ai assisté à une conférence sur la pauvreté donnée dans mon église il y a une vingtaine d'années. Il y avait des tables rondes, des discussions et des dialogues. Il y avait une aînée de la bande de Cypress Hills qui n'avait pas parlé pendant trois jours. Le dernier atelier s'intitulait Who will roll away the stone? Nous devons prendre une pierre et proposer une solution en la rendant. Quand elle a remis sa pierre, elle nous a tous regardés — nous étions surtout des Caucasiens. Elle a dit : « Vous, les Blancs, parlez trop. » Je crains que nous essayions de comprendre; vous avez tous acquis de la sagesse et de l'expérience. Un moment donné, il faut se mouiller et faire quelque chose. C'est ce que je demande. Quelle serait la première chose que vous feriez pour régler ces problèmes?

M. Chandler : Tout le monde regarde par terre.

Dr Young : Je suis trop gênée pour m'attaquer à cette question.

Le sénateur Cook : Quelqu'un doit le faire. Il le faut.

M. Buell : C'est une question très difficile. Si j'avais la réponse, je ne serais probablement pas assis ici aujourd'hui.

Cela me fait penser à une chose qu'a dite Mme Lafontaine : il faut célébrer les réussites des jeunes Autochtones grâce à des initiatives comme le programme des modèles, mais également étudier les collectivités qui se portent bien et comprendre pourquoi 50 p. 100 des collectivités de la Colombie-Britannique

nationally. Lots of bad things happen to lots of people. Some people are more resilient than others. What is that resilience factor? That is my personal opinion.

Mr. Chandler: I will speak to what I think is your easier question first, which is how you reconnect to a cultural past that may have somehow evaporated before you were born.

There is a wonderful book called *Harmony Ideology*, written by a woman whose name is Nader. She happens to be the sister of Ralph Nader. In it, she talks about American Indian people of the southwest and northern Mexico. In her analysis, many of the things that are held as very important cultural aspects of southwest culture did not pre-date colonialization but were responses to colonialization. These things did not have a 10,000-year history; they had a 200-year history.

One thing I see in British Columbia is people reinventing culture — often self-reflectively inventing culture. I think of the pan-Indian movement. We have people running around B.C. practising Plains Indian procedures. They are making up a culture in the wake of residential schools. It is something we all do. There is nothing unique about Aboriginal people in this way. We all make up our culture. I do not see this as an impossible task. Historically, we have all made up our culture. For me, at least, that is not a real problem. You see people solving the problem effectively.

With decades of focusing and pathologizing about Aboriginal people, focusing on success is important. Certainly, this program of heralding the accomplishments of successful young Aboriginal people is something people talk about this all year long. It is important. It is a sub-species of a general strategy, which is to play the strengths.

My only caution here is that the word “resiliency” has a negative implication. There was — 30 or 40 years ago — a big wave of research in psychology about resilience, and it became a way of blaming the victim. There were people who were not resilient, so therefore they somehow did not measure up. That to me is a way of individualizing the notion of resiliency. We have to look at cultural resiliency or community-level resiliency. If we do that, it does not present answers to our problems but prevents a solution strategy for problems. It tells us where to look to get right answers.

Ms. Abonyi: I am thinking hard about how to answer that question. I am thinking about some of the processes that we engage in when we work with communities. These same questions we are asking here and the same approaches come from these Aboriginal communities as well. Following with them in partnership and developing capacities back and forth, a lot is coming to the table there instead of coming from the top down. Answering the questions and looking at an issue using measures developed in a local way might allow you to see the issue in a different light, because some of the local communities are coming up with measurement tools that are not in our standard set of

se portent bien. C'est la même chose dans tout le pays. Il y a beaucoup de choses difficiles qui arrivent à beaucoup de personnes. Il y a des personnes qui se remettent plus vite que d'autres. Quel est le facteur de rétablissement? C'est mon opinion personnelle.

M. Chandler : Je vais commencer par répondre à la question que je trouve la plus simple : comment peut-on se rebrancher à un passé culturel qui s'est pour ainsi dire évaporé avant sa naissance?

Il y a un livre magnifique intitulé *Harmony Ideology*, qui a été écrit par une femme du nom de Nader. C'est la sœur de Ralph Nader. Dans ce livre, elle parle des Amérindiens du Sud-Ouest et du Nord du Mexique. Dans son analyse, elle montre que beaucoup d'aspects considérés très importants dans la culture du Sud-Ouest n'existaient pas avant la colonisation, mais qui sont nés en réponse à la colonisation. Ils n'ont pas une histoire de 10 000 ans, mais une histoire de 200 ans.

En Colombie-Britannique, je vois des gens réinventer la culture. Souvent, ils s'inspirent d'eux-mêmes pour inventer la culture. Je pense au mouvement panamérindianiste. Il y a des gens en Colombie-Britannique qui mettent en application des façons de faire des Indiens des Plaines. Ils se façonnent une culture issue des pensionnats. Nous le faisons tous. Ce n'est pas un trait propre aux Autochtones. Nous façonnons tous notre culture. À mes yeux, ce n'est rien d'impossible. Historiquement, nous avons tous façonné notre culture. Pour moi, à tout le moins, ce n'est pas un véritable problème. Il y a des gens qui réussissent à résoudre ce problème.

Après des décennies à mettre l'accent sur les maux des Autochtones, il est important de mettre l'accent sur les réussites. Il est indéniable que ce programme qui vise à célébrer les réalisations de jeunes Autochtones qui réussissent bien nourrit les conversations des gens toute l'année. C'est important. C'est un sous-élément d'une stratégie générale qui consiste à jouer sur les forces.

J'aurais une seule mise en garde concernant l'expression « force mentale », car elle a une connotation négative. Il y a 30 ou 40 ans, on a fait beaucoup de recherches en psychologie sur la résilience et on a observé que c'était les gens qui manquaient de force de caractère qui étaient blâmés. Certaines personnes n'étaient pas fortes mentalement et ne pouvaient donc pas s'en sortir. À mon avis, il ne faut pas regarder la force d'un individu en soi, mais plutôt la force d'une culture et d'une communauté. Bien sûr, cela ne nous donnera pas la solution à nos problèmes, mais bien une stratégie pour nous y attaquer. Cela nous permettra de savoir comment faire pour obtenir des réponses.

Mme Abonyi : Je réfléchis sérieusement à la question. Je pense à certains des processus auxquels nous prenons part lorsque nous travaillons avec les communautés. Ces questions que nous nous posons, tout comme ces approches que nous adoptons, viennent aussi des Autochtones. Beaucoup de propositions émanent des partenariats que nous établissons avec les communautés et des capacités que nous développons de part et d'autre et pas d'instances supérieures. Répondre aux questions et examiner un problème au moyen de mesures élaborées localement permet de voir le problème en question sous un autre jour, car certaines communautés locales ont des outils de mesure

indicators. We talked about education, and that is something that the community groups we are working with came up with, the sort of western education, but they are also developing indicators around traditional education and putting those things together. You want to look at the interconnections.

Basically, my main message is really the sort of partnership process to try to get at some of these questions instead of bringing them there and saying, "We need to look at you." Those communities are asking those same questions. What is going on right here and how and why? Let us think about the way we see health. What pieces of our programs are contributing to that little piece, and can we then put more resources there or there?

Senator Cook: Isolation is a factor, as well. Senator Cochrane and I grew up in Newfoundland, where there were not many roads. Our roads were made of water. I can see in my own childhood the same types but not the stresses of communication.

We have to do something, because my sense is that collectively this particular population does not feel very good about itself. Until you feel good about yourself, you will not tackle the bigger issues and challenges out there. You will not make sure you have clean water or your child has a place to play. Yes, we live in a global village, and the things that are good need to be accessed.

I firmly believe that people have a right to live wherever they want to live, but that can only go so far. In the 1960s, in my province, the government of the day undertook a resettlement program. That was good and bad — but, looking back, for the most part it was good. It was simply smaller communities came to a larger community. We all want to be home. The challenge is to make a home that addresses the poverty issue and the other determinants? Dr. Young, do you have anything to add?

Dr. Young: You used the word "wisdom," and that really scared me because I do not have much. I completely agree with what has been said. There is a lot of wisdom out there from the communities that we could tap into. I am very leery of offering expert advice. We look at things from an academic or scientific point of view, which is one way of approaching knowledge, but there are other ways of acquiring knowledge, and solutions should come from there.

Senator Cook: For the medical profession, you will always be the flying doctor, because of access to roads and better services. I think the women will probably fix it — the nurse practitioners.

The Chairman: Ms. Abonyi, you mentioned there are a number of successful models of population health partnerships in northern Saskatchewan, but I was not clear as to why you think they are successful.

Ms. Abonyi: One of the models I am referring to, the Athabasca Health Authority, is a fairly new model. The other one, the Northern Health Strategy, is a little older. Romonow

qui ne correspondent pas à nos indicateurs habituels. Nous avons parlé de l'éducation. Les groupes avec qui nous travaillons sont favorables au modèle d'éducation occidental, mais ils veulent aussi élaborer des indicateurs permettant d'intégrer l'enseignement traditionnel. Il faut s'intéresser aux interconnexions.

Au fond, ce que je veux dire, c'est qu'il faut travailler avec les communautés, dans le cadre d'un partenariat, pour trouver des solutions, plutôt que de nous contenter de les observer sans les consulter. Ces communautés se posent les mêmes questions. Qu'est-ce qui se passe, pourquoi est-ce ainsi et quoi faire pour y remédier? Comment voyons-nous la santé? Quels éléments de nos programmes contribuent à l'améliorer? Où faut-il investir davantage?

Le sénateur Cook : L'isolement est aussi un facteur. Le sénateur Cochrane et moi-même avons grandi à Terre-Neuve, où les routes étaient rares; quand nous voulions aller quelque part, il fallait prendre le bateau. Dans mon enfance, j'ai vécu un peu les mêmes problèmes, à part le stress lié à la communication.

Nous devons intervenir, parce que j'ai l'impression que cette population en particulier n'a pas une grande estime d'elle-même. On ne peut pas accomplir grand-chose, encore moins s'attaquer à des enjeux importants, quand on n'est pas bien dans sa peau. Vous ne vous souciez pas d'avoir de l'eau potable ou un terrain de jeu pour votre enfant. Oui, nous vivons dans un village planétaire, et les bonnes choses doivent être accessibles à tous.

Je crois fermement que ces gens ont le droit d'habiter où ils veulent, mais il y a des limites. Dans les années 1960, dans ma province, le gouvernement de l'époque avait mis sur pied un programme de réinstallation. Celui-ci avait ses bons et ses mauvais côtés — mais, à bien y penser, il était assez réussi. De petites communautés sont tout simplement devenues une grande communauté. On veut tous avoir un chez-soi, mais il faut tenir compte de la pauvreté et des autres déterminants en matière de logement. Docteur Young, avez-vous autre chose à ajouter?

Dr Young : Vous avez utilisé le mot « sagesse », et cela m'a fait peur, car je ne suis pas aussi sage que vous le prétendez. Je suis tout à fait d'accord sur ce qui a été dit. Nous pouvons miser sur la sagesse des communautés. J'hésite à vous donner des conseils d'expert. Nous pouvons toujours examiner les choses d'un point de vue théorique ou scientifique, mais il y a d'autres façons d'acquérir des connaissances, et les solutions devraient venir de là.

Le sénateur Cook : Pour la profession, vous serez toujours le médecin volant, même si on a maintenant des routes et des services améliorés. Je pense que les femmes — les infirmières praticiennes — régleront probablement le problème.

Le président : Madame Abonyi, vous avez dit qu'il existait d'excellents modèles de partenariats en matière de santé de la population dans le Nord de la Saskatchewan. À votre avis, qu'est-ce qui fait que ces modèles donnent des résultats?

Mme Abonyi : L'un des modèles auxquels j'ai fait référence, l'Athabasca Health Authority, est assez récent. L'autre, la Stratégie de santé dans le Nord, existe depuis plus longtemps.

looked at that and saw that the inter-sectoral and multi-jurisdictional groups of people were coming up with plans that were helping address population health issues across that diverse group across the North, which we know consists of the Métis, First Nations, people on reserve, people off reserve and non-Aboriginal folks. They were tasked with delivering health services to all of them. Because some of these are newer organizations, they are tracking the partnerships that have been successful, who we are working with and what agreements we have managed to negotiate. Those are some of the earlier successes. Those are in place. How that will play out down the road in actual health — that is the plan for five years or more down the road.

Some of the early process indicators are showing some right things are happening here, and the proof about what this means for health outcomes will come out in the end.

The Chairman: In other words, you do not know the outcomes yet but you are getting into position to measure them.

Our time is up. I thank you very much. This was a truly encouraging session. As we work our way through this over the next couple of years, if we are to make truly useful recommendations, they have to do the kind of dissection of the problem we have heard today and break it down. We have had too many generalities. I cannot prejudge, but I suppose we will always need to have very broad-based vaccination programs and public health programs, et cetera, but at the same time we have to really focus on community and small populations.

Senator Fairbairn: There is one thing we did not really ask about, which is, when you are talking about the suicide level, what is the degree to which alcohol or drugs is in the life of that reserve and whether that is at the foot of some of those very sad situations.

Mr. Chandler: I am confident without an evidence base that all communities that have high suicide rates have high drug and alcohol rates. Whether that is a cause or effect is the big question.

The Chairman: Thank you, again.

The committee continued in camera.

La Commission Romonow s'était penchée sur ce modèle et avait observé que les groupes intersectoriels et plurigouvernementaux présentaient des plans susceptibles de régler les problèmes de santé d'une population diversifiée dans le Nord, qui comprend les Métis, les Premières nations, les collectivités vivant dans les réserves comme à l'extérieur et les non-Autochtones. Ces organismes étaient chargés d'offrir à tous des soins de santé. Étant donné que certains de ces organismes sont nouveaux, ils veulent savoir quels partenariats ont réussi, avec qui nous travaillons et quelles ententes nous avons pu négocier. Ce sont quelques-uns des succès les plus récents. Ces partenariats sont déjà établis. Qu'est-ce que cela donnera en fin de compte en matière de santé? C'est ce que nous verrons dans cinq ans ou plus.

Certains indicateurs sont encourageants, mais nous saurons, à la fin, quels auront été les effets sur la santé.

Le président : Autrement dit, vous ne connaissez pas encore les résultats, mais vous êtes bien placés pour les mesurer.

Votre temps est écoulé. Je vous remercie beaucoup. Cette séance a été très motivante. Dans le cadre de cette étude, si nous voulons faire des recommandations utiles pour les prochaines années, nous devons décortiquer le problème comme nous l'avons fait aujourd'hui. Nous nous sommes trop perdus dans les généralités. Je ne peux pas préjuger de la situation, mais je suppose que nous aurons toujours besoin de programmes universels de vaccination et de santé publique, et cetera, mais en même temps, nous devons vraiment nous concentrer sur les communautés et les petites populations.

Le sénateur Fairbairn : Il y a une chose dont nous n'avons pas parlé lorsqu'il était question du taux de suicide, et c'est de la fréquence des problèmes d'alcool et de drogues dans les réserves et la mesure dans laquelle cela joue un rôle dans ces situations tragiques.

M. Chandler : Sans avoir de preuve à l'appui, je suis convaincu que toutes les communautés qui ont un taux de suicide élevé connaissent aussi beaucoup de problèmes de drogue et d'alcool. Y a-t-il un lien de causalité? Là est la grande question.

Le président : Merci encore.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.

Wednesday, May 2, 2007

*Research Faculty, Saskatchewan Population Health and Evaluation
Research Unit:*

Sylvia Abonyi, Canada Research Chair in Aboriginal Health.

Toronto University:

Dr. Kue Young, Professor, Department of Public Health
Services.

National Aboriginal Health Organization (NAHO):

Carole L. Lafontaine, Acting Chief Executive Officer;

Mark Buell, Manager, Policy and Communications.

University of British Columbia — Department of Psychology:

Michael J. Chandler, University of British Columbia Professor and
distinguished health researcher, Canada Institutes for Health
Research (CIHR) and Michael Smith Foundation for Health
Research (MSFHR) Investigator.

Le mercredi 2 mai 2007

*Faculté de recherche, Saskatchewan Population Health and Evaluation
Research Unit :*

Sylvia Abonyi, chaire de recherche pour la santé des Autochtones
au Canada.

Université de Toronto :

Dr Kue Young, professeur, Département des services de santé
publique.

Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) :

Carole L. Lafontaine, directrice générale intérimaire;

Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications.

Université de la Colombie-Britannique — Département de psychologie :

Michael J. Chandler, professeur au département de psychologie de
l'Université de la Colombie-Britannique et chercheur émérite des
Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation
Michael-Smith pour la recherche en santé.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, April 25, 2007

*Institute of Aboriginal Peoples' Health (IAPH) for the Canadian
Institutes of Health Research (CIHR):*

Jeff Reading, Scientific Director.

Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba:

John O'Neil, Professor and Director.

Health Canada:

Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit
Health Branch.

Public Health Agency of Canada:

Jim Ball, Director, Development and Partnerships Division,
Strategic Policy Directorate.

Indian and Northern Affairs Canada:

Marc Brooks, Director General, Community Development
Branch, Socio-Economic Policy and Regional Operations
Sector.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 25 avril 2007

*Institut de la santé des Autochtones (ISA) pour l'Institut de recherche
en santé du Canada (IRSC) :*

Jeff Reading, directeur scientifique.

*Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du
Manitoba :*

John O'Neil, professeur et directeur.

Santé Canada :

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé
des Premières Nations et des Inuits.

Agence de santé publique du Canada :

Jim Ball, directeur, Division du développement et des partenariats
Direction des politiques stratégiques.

Affaires indiennes et du Nord Canada :

Marc Brooks, directeur général, Direction générale du
développement communautaire, Secteur des politiques
socioéconomiques et opérations régionales.

(Suite à la page précédente)



CA1
YC 26
-557



First Session
Thirty-ninth Parliament, 2006-07

Première session de la
trente-neuvième législature, 2006-2007

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Standing Senate Committee on
Social Affairs, Science and Technology
Proceedings of the Subcommittee on*

*Comité sénatorial permanent des
Affaires sociales, des sciences et de la technologie
Délibérations du Sous-comité sur la*

Population Health

Santé des populations

Chair:

The Honourable WILBERT J. KEON

Président :

L'honorable WILBERT J. KEON

Wednesday, May 16, 2007
Wednesday, May 30, 2007
Thursday, May 31, 2007

Le mercredi 16 mai 2007
Le mercredi 30 mai 2007
Le jeudi 31 mai 2007

Issue No. 4

Fascicule n° 4

Seventh, eighth and ninth meetings on:

The impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's populations — known collectively as the social determinants of health

Septième, huitième et neuvième réunions concernant :

Les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé

NOTE:

For the 13th report to the Senate on the Budget 2007-2008 of the Subcommittee on Population Health refer to Issue No. 21 of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

NOTA :

Pour le 13^e rapport au Sénat sur le budget 2007-2008 du sous-comité sur la santé des populations, voir le fascicule n° 21 du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-président : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 16, 2007
(8)

[English]

The Senate Subcommittee on Population Health met at 4:17 p.m. this day, in room 2, Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Fairbairn, P.C., Keon, and Pépin (5).

Other senators present: The Honourable Senators Eggleton, P.C. and Nancy Ruth (2).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Tonina Simeone, Research Analyst, Political and Social Affairs Division and Michael Toye, Research Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 28, 2006, the subcommittee continued its study on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health. (*See Issue No. 1, Thursday, February 22, 2007, for the complete text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Public Health Agency of Canada — Division of Aging and Seniors:

Margaret Gillis, Director.

Canadian Association of Gerontology:

Mark Rosenberg, Professor, Queen's University.

Nova Scotia Department of Health:

Valerie J. White, Executive Director, Seniors Secretariat.

Observatory on Ageing and Society (OAS):

Dr. André Davignon, Founder.

Ms. Gillis made a statement and responded to questions.

Professor Rosenberg, Ms. White and Dr. Davignon made statements and responded to questions.

At 6:10 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 16 mai 2007
(8)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 17, dans la salle 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (5).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Eggleton, C.P., et Nancy Ruth (2).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Tonina Simeone, attachée de recherche, Division des affaires politiques et sociales, et Michael Toye, attaché de recherche, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 28 novembre 2006, le sous-comité poursuit son étude sur les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du jeudi 22 février 2007.*)

TÉMOINS :

Agence de santé publique du Canada — Division du vieillissement et des aînés :

Margaret Gillis, directrice.

Association canadienne de gérontologie :

Mark Rosenberg, professeur, Université Queen's.

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse :

Valerie J. White, directrice exécutive, Secrétariat des aînés.

Observatoire vieillissement et société (OVS) :

Dr André Davignon, fondateur.

Mme Gillis fait un exposé et répond ensuite aux questions.

M. Rosenberg, Mme White et le Dr Davignon font chacun un exposé et répondent ensuite aux questions.

À 18 h 10, il est convenu que la séance soit levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, Wednesday, May 30, 2007

(9)

[English]

The Senate Subcommittee on Population Health met at 4:20 p.m. this day, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, and Pépin (5).

Other senators present: The Honourable Senators Eggleton, P.C. and Senator Gustafson (2).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Odette Madore, Research Analyst, Economics Division and Matthew Marshall, Research Assistant, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 28, 2006, the subcommittee continued its study on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health. (*See Issue No. 1, Thursday, February 22, 2007, for the complete text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Council of Early Child Development:

Stuart Shankar, Professor, President.

The CHILD Project:

Hillel Goelman, Director, and Associate Director, Human Early Learning Partnership (HELP), Council for Early Child Development.

Canadian Institutes of Health Research:

Dr. Michael Kramer, Scientific Director, Institute of Human Development, Child and Youth Health.

Dr. Goelman, Professor Shankar and Dr. Kramer made statements and responded to questions.

At 5:58 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, May 31, 2007

(10)

[English]

The Senate Subcommittee on Population Health met at 5:53 p.m. this day, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon, presiding.

OTTAWA, le mercredi 30 mai 2007

(9)

[Traduction]

Le Sous-comité sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 16 h 20, dans la salle 705 de l'immeuble Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, C.P., Keon et Pépin (5).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Eggleton, C.P. et Gustafson (2).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement, Odette Madore, attachée de recherche, Division de l'économie, et Matthew Marshall, attaché de recherche, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat, le mardi 28 novembre 2006, le sous-comité poursuit son étude des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du jeudi 22 février 2007.*)

TÉMOINS :

Council of Early Child Development :

Stuart Shankar, professeur, président.

The CHILD Project :

Hillel Goelman, directeur, et directeur adjoint, Human Early Learning Partnership (HELP), Council for Early Child Development.

Instituts de recherche en santé du Canada :

M. Michael Kramer, directeur scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents.

MM. Goelman et Shankar et le Dr Kramer font chacun un exposé et répondent ensuite aux questions.

À 17 h 58, il est convenu que la séance soit levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 31 mai 2007

(10)

[Traduction]

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 17 h 53, dans la salle 705 de l'immeuble Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Keon, and Pépin (4).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Odette Madore, Research Analyst, Economics Division and Matthew Marshall, Research Assistant, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 28, 2006, the subcommittee continued its study on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health. (See *Issue No. 1*, Thursday, February 22, 2007, for the complete text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Métis National Council:

David Chartrand, Minister of Health;

Marc LeClair, National Advisor to the Minister of Health.

Manitoba Métis Foundation:

Dr. Judith G. Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba.

Mr. Chartrand, Dr. Bartlett and Mr. LeClair made statements and responded to questions.

At 7:33 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du sous-comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Keon et Pépin (4).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Odette Madore, attachée de recherche, Division de l'économie, et Matthew Marshall, attaché de recherche, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 28 novembre 2006, le sous-comité poursuit son étude des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du jeudi 22 février 2007.*)

TÉMOINS :

Ralliement national des Métis :

David Chartrand, ministre de la Santé;

Marc LeClair, conseiller national du ministre de la Santé.

Manitoba Métis Foundation :

Dre Judith G. Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba.

M. Chartrand, le Dre Bartlett et M. LeClair font chacun un exposé et répondent ensuite aux questions.

À 19 h 33, il est convenu que la séance soit levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 16, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:17 p.m. to examine and report upon the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chairman*) in the chair.

[English]

The Chairman: Good afternoon and welcome. Our first witness is Margaret Gillis, Director of the Division of Ageing and Seniors at the new Public Health Agency of Canada, which is doing a tremendous job in all dimensions. We have had representation from them already, but we are looking forward to what Ms. Gillis has to say specifically on aging.

Margaret Gillis, Director, Public Health Agency of Canada — Division of Aging and Seniors: I am delighted to be here today on behalf of the Public Health Agency of Canada, PHAC, to speak about the social determinants of health in the context of seniors' health. Since you mentioned you have previously heard from the agency, I will not review its mission, vision and mandate. However, I will emphasize that the agency is committed to addressing the health needs of seniors, to improving their health outcomes and to promoting healthy aging.

The social determinants or the population health approach provides the needed flexibility to focus on the entire range of individual and collective factors and conditions and their interactions that affect health. Health promotion activities are an important and effective way for governments, non-governmental organizations and the Public Health Agency of Canada to influence social determinants.

At the federal, provincial and territorial levels, both the ministers of health and the ministers responsible for seniors are supportive of policies related to population aging and healthy aging. I will give a couple of examples of that. In 1994, the document called "Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians" was approved by all health ministers. In 1998, the National Framework on Aging was endorsed by ministers responsible for seniors; and in 2002, "Planning for Canada's Aging Population — A Framework" was also developed to guide governments across Canada in developing policies and programs for aging.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, mercredi 16 mai 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 17 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président : Bon après-midi et bienvenue. Notre premier témoin est Margaret Gillis, directrice de la Division du vieillissement et des aînés de la nouvelle Agence de santé publique du Canada qui fait un remarquable travail dans de nombreux domaines. Nous avons déjà entendu des représentants de l'agence, mais nous allons écouter avec intérêt ce que Mme Gillis a à nous dire plus précisément au sujet du vieillissement.

Margaret Gillis, directrice, Agence de santé publique du Canada — Division du vieillissement et des aînés : Je me réjouis d'être ici aujourd'hui au nom l'Agence de santé publique du Canada, l'ASPC, pour vous parler des déterminants sociaux de la santé en ce qui a trait aux aînés. Puisque, comme vous l'avez mentionné, vous avez déjà entendu des témoins de l'Agence, je n'en ajouterai pas plus sur sa mission, sa vision et son mandat. Je tiens à vous confirmer cependant qu'elle a pour vocation de trouver des solutions qui répondent aux besoins des aînés en matière de santé, d'améliorer les résultats de la santé des personnes âgées et de promouvoir un vieillissement sain.

Si notre méthode de travail accorde une importance aux déterminants sociaux et à la santé des populations, c'est parce que ces dimensions nous offrent la souplesse nécessaire pour examiner de près l'éventail complet de conditions et de facteurs individuels et collectifs ainsi que les effets que les uns ont sur les autres et leurs incidences sur l'état de santé. Les activités en promotion de la santé constituent un moyen efficace et important auquel peuvent recourir les gouvernements, les organisations non gouvernementales et l'Agence de santé publique du Canada afin d'influer sur les déterminants sociaux.

Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé et leurs homologues responsables des aînés sont favorables à la formulation de politiques qui touchent au vieillissement des populations et au vieillissement sain. Je vais vous donner quelques exemples. En 1994, tous les ministres de la Santé ont approuvé le document intitulé « Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens ». En 1998, les ministres responsables des aînés ont sanctionné le Cadre national sur le vieillissement et, en 2002, ils ont convenu d'un cadre de travail intitulé « Planification relativement au vieillissement de la population canadienne » pour servir de guide à tous les gouvernements au Canada en ce qui a trait à l'élaboration de politiques et de programmes touchant au vieillissement.

Currently, jurisdiction officials in Canada are working to advise ministers responsible for seniors on initiatives and opportunities that contribute to thinking strategically about healthy aging, some of which you may also hear from my colleague from Nova Scotia, Ms. White.

To set the context, by 2015, seniors will outnumber children under the age of 15 in Canada; and by 2041, one fourth of the population of Canada will be over the age of 65. Seniors currently comprise 13 per cent of our population — about 4 million people — and account for 44 per cent of health care expenditures.

The 65 years and older age group presents considerable diversity in terms of life experiences, economic status, health status and resources for independent living. An increasing number of Canadians are now living in better physical and mental health, but the increased incidence of diseases such as diabetes and the higher rates of obesity could change that picture.

The major risk factors for poor health are low income — especially for many unattached older women — low education and literacy, and social isolation. Healthy aging is not simply about individual choices or biology. Seniors with low education and income are more likely to have chronic conditions or long-term activity limitations. Other subgroups of seniors at risk include the oldest old, seniors living in institutions, seniors who are also caregivers, seniors living in rural or isolated communities and those from minority ethnocultural backgrounds.

A recent discussion brief endorsed by the federal, provincial and territorial ministers responsible for seniors points out that there are real environmental, systemic and social barriers to adopting better health practices. Some relate to inactivity as a result of gender, culture, ability, income, geography, ageism and living situations. Through a combination of political will, public support and personal effort, healthy aging is within the reach of Canadians.

There is a growing body of evidence supporting investment in healthy aging to improve the quality of life for seniors, even for the oldest seniors. It has been shown that only 33 per cent of seniors function at their optimum potential. Therefore, it stands to reason that any programs aimed at disease prevention and health promotion can help improve their health status and quality of life and reduce the use of health services.

À l'heure où je vous parle, les représentants des diverses administrations du Canada travaillent à formuler des avis aux ministres responsables des aînés quant aux initiatives susceptibles d'alimenter la réflexion au sujet du vieillissement en santé ainsi qu'aux occasions de concrétiser les stratégies qui en découlent. Mme White, ma collègue de Nouvelle-Écosse, voudra peut-être aussi vous en parler.

Pour définir le contexte, permettez-moi de préciser que d'ici 2015, les aînés seront plus nombreux que les jeunes de moins de 15 ans au Canada; d'ici 2041, un quart de la population aura plus de 65 ans. Les personnes âgées représentent actuellement 13 p. 100 de la population canadienne — soit 4 millions de personnes — et 44 p. 100 des dépenses en matière de soins de santé leur sont consacrées.

Le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus se caractérise par une profonde diversité au chapitre des expériences de vie, de la situation économique, de la condition physique et des ressources facilitant l'autonomie. Les Canadiens sont plus nombreux à vivre plus longtemps et à jouir d'une meilleure santé physique et mentale. Cependant, l'incidence accrue de maladies comme le diabète et la hausse de l'obésité pourraient ternir ce tableau.

Les principaux facteurs d'un mauvais état de santé sont la faiblesse du revenu — en particulier dans le cas de bon nombre de femmes âgées seules — un faible niveau de scolarité et d'alphabétisation et l'isolement sur le plan social. Le vieillissement sain n'est pas simplement une question de choix individuels ou de biologie. Les aînés ayant des niveaux de scolarité et de revenus faibles sont plus exposés à des problèmes de santé chronique et des limitations d'activités de plus longue durée. Parmi les autres aînés à risque, nous comptons ceux du quatrième âge, ceux résidant dans un établissement, les personnes âgées ayant elles-mêmes la charge de fournir des soins, les aînés vivant dans des collectivités rurales ou éloignées, ainsi que ceux issus de minorités ethnoculturelles.

Selon un récent document de discussion sanctionné par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, il existe de véritables problèmes au niveau du milieu, des institutions et de la société qui font obstacle à l'adoption de pratiques plus saines pour le mieux-être. Certains de ces problèmes ont leurs origines dans les injustices fondées sur le sexe, la culture, la compétence, le revenu, la provenance ou l'appartenance, l'âgeisme et les conditions de vie. Toutes les Canadiennes et tous les Canadiens peuvent jouir d'une vie saine dans leur troisième âge, moyennant une volonté de nos dirigeants combinée à l'appui du public et à l'effort de chacun.

Des recherches de plus en plus nombreuses confirment la pertinence des investissements pour un vieillissement sain et pour une meilleure qualité de vie chez les aînés, même ceux du quatrième âge. Il a été démontré que seulement 33 p. 100 des aînés exercent leur capacité fonctionnelle maximale. Par conséquent, tout programme visant à prévenir les maladies et à promouvoir la santé ne peut que contribuer à améliorer la condition physique et la qualité de la vie tout en réduisant le recours aux services médicaux.

Evidence also shows that older adults can live longer, healthier lives by increasing their physical activity, eating healthy foods, taking measures to reduce falls, minimizing the use of alcohol, not smoking and staying socially connected.

We know that health promotion can realize significant gains for older adults in the short and medium term. These gains can be made with a reduction in the dependence on chronic care as a result of maintaining and restoring physical ability. However, currently our health care system focuses primarily on cure rather than on health promotion and disease prevention.

Seniors and aging issues are horizontal issues that are a fundamental part of the federal agenda. The agency works closely with a number of federal partners, such as the human resources department, with the provinces and territories and with international governments and nongovernmental organizations. Within the agency, our work is focused on health promotion, the prevention of chronic diseases such as diabetes and cardiovascular disease, infectious diseases, injury prevention and emergency preparedness.

Within the health portfolio, we collaborate on seniors' issues related to primary, home and continuing care and with the Institute of Aging at the Canadian Institutes of Health Research. Finally, we work in tandem with seniors' organizations, researchers, gerontologists, geriatricians and academics. This inter-sectoral collaboration is mandatory in order for us to have effective policies.

Let me tell you about our work on seniors. It revolves around four pillars: healthy aging; falls prevention; seniors and emergency preparedness; and mental health. I will give you a few examples of how our work addresses the health needs of seniors in the context of the social determinants of health, starting with falls prevention.

Injuries resulting from falls can have a disastrous impact on the health and autonomy of seniors. It is estimated that falls-related injuries in Canada among those 65 and older cost the economy about \$2.8 billion a year. In the agency's 2005 *Report on Seniors' falls in Canada*, we estimated that a reduction in falls by 20 per cent could result in fewer hospitalizations and fewer permanently disabled seniors, as well as national savings of about \$138 million annually.

According to a province of British Columbia report, the study of the social determinants of health has repeatedly shown that one's income, education, housing and social connectedness all bear a strong relationship to one's health, level of disability and longevity. People with low income, low education, inadequate

Les recherches révèlent également que les personnes âgées peuvent mener une vie plus longue et plus saine si elles s'exercent plus souvent à des activités physiques, assainissent leur régime alimentaire, prennent soin d'éviter les chutes, réduisent leur consommation d'alcool, évitent le tabac et maintiennent des contacts sociaux.

Nous savons que la promotion de la santé peut produire des gains importants chez les aînés dans le court et le moyen terme. Le maintien ou le rétablissement de l'autonomie physique réduira la dépendance à l'égard des soins pour maladies chroniques et conduira à ces gains en santé. Mais à l'heure actuelle, notre système se préoccupe du traitement plutôt que de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

Les questions relatives aux aînés et au vieillissement représentent des enjeux horizontaux et elles occupent une place fondamentale dans le programme du gouvernement fédéral. Notre agence travaille en étroite concertation avec des partenaires comme Ressources humaines et Développement social Canada, les provinces et les territoires, ainsi que les gouvernements étrangers et les organisations non gouvernementales. Notre travail est centré sur la promotion de la santé, la prévention des maladies chroniques telles que le diabète et les problèmes cardiovasculaires, la prévention des blessures et la préparation aux situations d'urgence.

À l'intérieur du portefeuille de la santé, nous nous intéressons aux questions liées aux soins primaires, aux soins à domicile et aux soins continus. Nous collaborons également avec l'Institut du vieillissement, qui est membre des Instituts de recherche en santé du Canada. Enfin, nous travaillons de concert avec les organisations des aînés, les chercheurs, les gérontologues et les universitaires. La mise en place de politiques efficaces exige en effet une telle collaboration intersectorielle.

Je vais maintenant vous dire un mot sur ce que nous faisons pour le compte des aînés. Notre travail est centré sur quatre piliers : le vieillissement sain, la prévention des chutes, les mesures d'urgence et les aînés, et enfin, la santé mentale. Je vous montrerai par des exemples comment nous répondons aux besoins des aînés, à la lumière des déterminants sociaux de la santé. Nous allons commencer par la prévention des chutes.

Les blessures causées par une chute peuvent avoir des conséquences désastreuses sur la santé et l'autonomie des personnes âgées. Selon les estimations, ces blessures coûtent à l'économie canadienne 2,8 milliards de dollars par an. Dans le *Rapport sur les chutes des aînés au Canada* publié en 2005, notre agence estime qu'une réduction de 20 p.100 dans les chutes se traduirait par moins d'hospitalisations et moins d'aînés souffrant d'un handicap permanent et permettrait de réaliser des économies nationales de 138 millions de dollars par an.

Selon un rapport de la Colombie-Britannique, l'étude des déterminants sociaux de la santé révèle de façon constante que le revenu, l'éducation, le logement et les contacts sociaux jouent grandement sur la santé, le degré d'invalidité et la longévité. Un revenu faible, une scolarité limitée, un logement inadéquat, un

housing, lack of social support or lack of access to appropriate health or social services are all at greater risk for the chronic conditions that are, in turn, risk factors for falls.

The role that social and economic factors play in falls is not completely understood and is an area for which we require more research. However, contributing factors may include poor literacy, resulting in the inability to benefit from printed resources on strategies for preventing falls, or muscle weakness or ill health due to lack of funds for a nutritional diet.

Seniors have indicated that it is important for them to have access to the services and programs to maintain and improve their health and to stay connected to their community and family. The agency and the World Health Organization are collaborating on the Global Age-Friendly Cities project in which 33 cities in 23 countries are involved. This was partially funded through the population health fund at the Public Health Agency. In Canada, the participating cities are Saanich, British Columbia; Portage la Prairie, Manitoba; Halifax, Nova Scotia; and Sherbrooke, Quebec. They are conducting focus groups to identify age-friendly assets and barriers within their cities.

An age-friendly city is a city in which policies, services and structures related to the physical and social environments are designed to support and enable older people to age actively — that is, to live in security, enjoy good health and continue to participate in society. Some examples of the issues being dealt with in age-friendly cities include appropriate and accessible public and private transportation, places and programs for active leisure and socialization, hazard-free streets and buildings and support for caregivers. As you can see, this initiative is built around the social determinants of health by looking at factors such as social support networks, social and physical environment and accesses to health services, just to name a few.

One third of Canadian seniors live in rural areas. Access to health services and social isolation have been raised as concerns by seniors living in rural and remote communities. Building upon the Global Age-Friendly Cities project, the federal-provincial-territorial working group on healthy aging and wellness, which is co-chaired by me at the Public Health Agency of Canada and the Province of Manitoba, is working on a parallel project in rural and remote areas of Canada. Ten communities in eight provinces are exploring age-friendly factors in communities and populations under 5,000 people. The findings will be synthesized into a practical guide that rural and remote communities across Canada can use to identify common barriers and to foster dialogue and action that support the development of age-friendly communities.

manque de réseau de soutien et d'accès aux services de santé et sociaux expose davantage les personnes concernées à des problèmes de santé chroniques, lesquels représentent des risques pour les chutes.

Le rôle que les facteurs sociaux et économiques jouent à cet égard n'est pas bien compris et nécessite des recherches plus approfondies. Néanmoins, les incidents de chute peuvent découler d'une alphabétisation insuffisante (qui ne permet pas de tirer avantage de la documentation imprimée sur les stratégies de prévention) d'une faiblesse musculaire ou d'une mauvaise santé en raison d'un manque d'argent pour s'alimenter correctement.

Les aînés nous ont fait savoir l'importance qu'ils attachent à un accès aux services et programmes pouvant les aider à maintenir et à améliorer leur état de santé et à rester en contact avec la communauté et la famille. L'Agence de santé publique du Canada et l'Organisation mondiale de la santé collaborent à un projet mondial de villes-amies des aînés. Au total, 33 villes, réparties dans 23 pays, prennent part à cette initiative qui est financée partiellement par le Fonds de la santé des populations de l'Agence de santé publique. Au Canada, les villes participantes sont Saanich, en Colombie-Britannique; Portage la Prairie, au Manitoba; Halifax, en Nouvelle-Écosse; et Sherbrooke, au Québec. Dans ces villes, des groupes de réflexion ont pour tâche de repérer les ressources qui favorisent les aînés et les obstacles qu'ils peuvent rencontrer.

Dans une ville amie des aînés, les politiques, les services et les installations de l'environnement physique et social sont conçus pour appuyer et soutenir les aînés afin qu'ils puissent vieillir en restant actifs — c'est-à-dire vivre en sécurité, jouir d'une bonne santé et participer pleinement à la vie de la société. Ces villes prévoient par exemple des moyens de transport privés et publics qui sont adéquats et accessibles, des lieux et des programmes de rencontres et de loisirs de nature active, des rues et des édifices sécuritaires, ainsi que des mesures de soutien aux fournisseurs de soins. Comme vous le voyez, le projet est centré sur les déterminants sociaux de la santé et s'intéresse entre autres à des facteurs tels que les réseaux d'entraide, l'environnement physique et social et l'accès aux services de santé.

Un tiers de la population âgée canadienne vit dans les régions rurales. Les aînés vivant en zone rurale ou éloignée se disent préoccupés par le problème d'accès aux services de santé et par l'isolement sur le plan social. S'inspirant du projet mondial sur les villes-amies des personnes âgées, le groupe fédéral-provincial-territorial de travail sur le vieillissement sain et le mieux-être codirigé par moi-même à l'Agence de santé publique du Canada et la province du Manitoba, travaille à la mise en place d'un projet semblable dans les régions rurales et éloignées du Canada. Cette initiative parallèle vise à examiner, dans dix collectivités réparties dans huit provinces, les facteurs positifs pour les aînés là où la population est inférieure à 5 000 habitants. Les résultats seront présentés sous forme de guide pratique dont les collectivités rurales et éloignées de partout au Canada pourront se servir pour repérer les obstacles courants, engager le dialogue et poser les gestes qui font progresser le développement de collectivités-amies des aînés.

Canadian and global events have demonstrated the special risks faced by seniors as a vulnerable population during catastrophic events. In 2005, PHAC's Centre for Health Promotion along with the Centre for Emergency Preparedness and Response began the development of policy, research, awareness and action regarding seniors and emergency preparedness in terms of their vulnerability and their acknowledged capacity to contribute to the planning, response and recovery of their communities during emergencies.

Important partnerships have been developed with the World Health Organization, the United Nations, Help the Aged in the U.K., various government administrations at the local, provincial, federal and international levels, emergency organizations and seniors' groups.

Our work on emergency preparedness addresses a number of determinants including social and physical environments, education and personal health practices and coping skills. Culture, income and social status play important roles as well.

In closing, the agency is yet another important capacity created to bring about healthier Canadians and healthier communities. During the past two years we have forged strong partnerships, both domestically and internationally, to address the social determinants of health through a population health approach in dealing with seniors and aging issues. The agency's leadership in this area has been recognized both domestically and internationally. However, much work remains to be done.

The Chairman: Thank you. I want to get your help in focusing. We have a meeting with Sir Michael Marmot in the next couple of weeks and then some of us will be going to Vancouver to the world health meeting there.

I have been trying to develop a theme that I hope will come out in our report. It is a new concept of health delivery systems that will build on a population health basis, will build on a public health basis, will build on a prevention basis and will build on health promotion basis. I believe that the only way that this can be done is to build a network of community health and social service resources, which I think is the missing link in our health system in Canada at the present time.

Some things are starting to happen, but we have poured all the money into large hospitals and tertiary care centres. I was guilty of this for 35 years of my life, bleeding the health system for all I could get for the heart institute and not thinking enough of the community resources that were needed to do the things we are talking about now.

Senator Eggleton will be next on the list and he is very interested in the cities, but even in the rural communities, we just do not have the community resources, in other words the

Les phénomènes qui se sont produits au Canada et ailleurs dans le monde ont mis en gros plan la vulnérabilité des aînés dans les situations de sinistre. En 2005, deux organisations de l'Agence de santé publique du Canada, en l'occurrence le Centre pour la promotion de la santé et le Centre de mesures et d'intervention d'urgence, ont amorcé un processus d'élaboration de politiques, de recherche, de sensibilisation et d'action pour répondre à la vulnérabilité des aînés dans les situations d'urgence et à la capacité confirmée de contribuer à la planification, aux mesures d'intervention et au rétablissement de leurs collectivités en cas de crise.

Nous avons conclu des partenariats importants avec l'Organisation mondiale de la santé, « Help the Aged », au Royaume-Uni, diverses administrations gouvernementales au niveau local, provincial, fédéral et international, les organismes de secours et les groupes d'aînés.

Dans notre travail sur les mesures d'urgence, nous nous intéressons à un certain nombre de facteurs, notamment le cadre physique et social, l'éducation, les pratiques individuelles en matière de santé et les aptitudes à faire face aux situations de crise. D'autres déterminants comme la culture, le revenu et le statut social nous préoccupent grandement aussi.

Pour terminer, la création de notre agence constitue une démarche importante dans l'amélioration de la santé des Canadiens et dans l'établissement de collectivités saines. Au cours des deux dernières années, nous avons scellé des partenariats solides au pays comme à l'étranger, dans le but d'apporter des solutions aux problèmes des aînés et aux questions du vieillissement. Nous examinons à cet effet les déterminants sociaux pour promouvoir la santé des populations. Le leadership de notre agence est reconnu ici au Canada comme ailleurs dans le monde. Il nous reste cependant beaucoup à faire encore.

Le président : Merci. J'aimerais que vous nous aidiez à préciser notre pensée. Nous devons rencontrer sir Michael Marmot dans quelques semaines et par la suite, certains d'entre nous se rendront à Vancouver pour participer à la rencontre mondiale de la santé.

J'ai essayé de définir un thème qui sera, je l'espère inclus dans notre rapport. Il s'agit d'un nouveau concept de prestation de soins de santé qui s'appuiera sur la santé de la population, la santé publique, la prévention, ainsi que la promotion de la santé. Je crois que le seul moyen d'y parvenir est de bâtir un réseau de ressources de services de santé et de services sociaux. Il me semble qu'un tel réseau fait actuellement défaut au Canada.

Les choses évoluent, mais nous avons investi beaucoup d'argent dans les grands hôpitaux et les centres de soins tertiaires. Pendant 35 ans de ma vie, je le confesse, j'ai saigné le système de santé pour obtenir tout l'argent que je pouvais pour l'Institut de cardiologie, sans me soucier suffisamment des ressources communautaires nécessaires pour atteindre les objectifs dont nous parlons maintenant.

Le sénateur Eggleton prendra ensuite la parole. Il est très intéressé par les villes et aussi par les collectivités rurales. Nous n'avons pas les ressources communautaires nécessaires, autrement

community health and social service centres, that can link public health and health promotion and prevention and health care delivery.

Can you comment on that and do you see any light with your new agency? You guys have got quite a bit of cash.

Ms. Gillis: Some of us do. Yes, there is light. It is an interesting question. It is very complex because of the various agencies and groups that are involved. I think some of the work that we have started to do, including the Global Age-Friendly Cities project and the Age-Friendly Rural/Remote Communities Initiative, is trying to establish from seniors themselves the sorts of situations they are finding themselves in cities and in the rural communities based on the determinants of health. In fact, the nine questions the seniors are asked are all based on the determinants of health. We will have, right from the communities, a guide that we can use in other communities.

We have enough preliminary information now to know that in Canada it is harder to access health care services in remote communities. Children often move to cities, so seniors living in small rural towns often do not have their families there to support them the way families traditionally did. I expect we will see issues here that both we and the provinces who are our partners on that will have to start thinking about how to address.

I guess the short answer to your question is yes, there is a lot of work to be done at the community level and I think we have some ways in. The interesting pieces will be as we gather information how we move some of that out, and some thinking has been done on that.

The Chairman: Speaking of your information gathering, Glenda Yeates will be coming before us from the Canadian Institute for Health Information, CIHI, as soon as she can get her troops ready and we can arrange it. What are your formal links with CIHI right now?

Ms. Gillis: My links are not as tight with CIHI as they are with the Institute of Aging at the Canadian Institutes of Health Research, CIHR. We do a lot of work with CIHR. We are quite connected with them because they work on some of the priorities I named for you, mental health, Alzheimer's disease. We are working with them on age-friendly cities and on falls. We have been trying to strengthen the research policy link between ourselves and CIHR.

Senator Eggleton: Regarding the Global Age-Friendly Cities project, I note that 33 cities and 23 countries are participating, but I see only one Canadian city here that would qualify as one of our top ten cities in terms of population, and that is Halifax and even it is right down at the bottom of the list of most populous

dit les centres communautaires de services de santé et de services sociaux qui permettent de faire le lien entre la santé publique et la promotion de la santé, la prévention et la prestation des soins de santé.

Quels sont vos commentaires à ce sujet? Est-ce que votre nouvelle agence nous donne une lueur d'espoir? Vous semblez disposer de pas mal d'argent.

Mme Gillis : Certains d'entre nous en ont. Oui, il y a de l'espoir. C'est une question intéressante. C'est très complexe car de nombreux groupes et organismes divers sont concernés. Je crois que certaines démarches que nous avons entreprises, notamment le projet de villes-amies des aînés et l'initiative des collectivités rurales/éloignées-amies des aînés s'efforcent de définir, en consultant les aînés eux-mêmes, le type de situations auxquelles ils sont confrontés dans les villes et dans les collectivités rurales, sous l'angle des déterminants de la santé. De fait, les neuf questions posées aux personnes âgées sont toutes basées sur les déterminants de la santé. Cela nous permettra de constituer, au sein même de la collectivité, un guide que nous pourrions utiliser dans d'autres collectivités.

Nous disposons actuellement de suffisamment d'informations préliminaires pour affirmer qu'au Canada, l'accès aux services de santé est plus difficile dans les collectivités éloignées. Les jeunes s'installent souvent dans les villes, si bien que les personnes âgées vivant dans les petites localités rurales ne bénéficient plus du soutien de leur famille, comme c'était traditionnellement le cas. Je pense que nous devons, avec les provinces qui sont nos partenaires, tenter de trouver une solution aux problèmes auxquels nous serons confrontés.

Pour répondre brièvement à votre question, je crois qu'on peut dire en effet qu'il reste beaucoup de travail à faire et je pense que nous avons entamé quelques projets en ce sens. Il sera intéressant de voir comment nous pourrions mettre en application les renseignements que nous aurons recueillis. Nous y avons déjà réfléchi.

Le président : Parlant de collecte d'informations, Glenda Yeates, de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, viendra nous rencontrer dès que ses troupes seront prêtes et que nous aurons déterminé le moment opportun. Quel lien officiel entretenez-vous actuellement avec l'ICIS?

Mme Gillis : Mes liens avec l'ICIS ne sont pas aussi étroits qu'avec l'Institut du vieillissement qui est membre des Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC. Nous travaillons beaucoup avec les IRSC. Nos liens avec les IRSC sont très étroits puisqu'ils travaillent sur certaines priorités que j'ai mentionnées, à savoir la santé mentale, la maladie d'Alzheimer. Nous collaborons avec eux dans le cadre du projet des villes-amies des aînés et des programmes de prévention des chutes. Nous nous efforçons de renforcer nos liens en matière de politique de recherche avec les IRSC.

Le sénateur Eggleton : Je note que 33 villes de 23 pays différents participent au projet de villes-amies des aînés, mais je constate qu'une seule ville canadienne participante compte parmi les dix grandes villes les plus peuplées. Il s'agit de Halifax qui se trouve même au bas de la liste des villes canadiennes les plus

Canadian cities. The cities that represent virtually half or more of the population of the country are not in here, and yet the risks, dangers and hazards that occur for seniors in big cities certainly need a lot of attention.

How is it decided what cities go into this project and who pays for that? Does the World Health Organization pay or does the Government of Canada?

Ms. Gillis: Let me answer your first question about the size of the cities and how they were chosen. We asked the provinces to assist us in choosing cities. They indicated their interest and the cities that they were wished to have involved. Your question is interesting because the World Health Organization asked a similar one when we first became involved.

We are talking to some larger cities for the next phase. We will have the age-friendly indicators launched on October 1, 2007, and then we will be starting to look at ways to implement them. I will not name them yet because they have just indicated interest, but we hope a few of the larger Canadian cities will implement the guide when we release the information.

Senator Eggleton: It is largely the provinces, then. Ontario did not put any city forward.

Ms. Gillis: No, but we had a stronger participation in the rural and remote areas. Most of the provinces put them in, but it was sort of the beginning of the project.

Senator Eggleton: I hope we can get some of the big cities into this.

Ms. Gillis: The international ones are quite big, for example London and Rio.

Senator Eggleton: Toronto, Montreal and Vancouver should be here.

Senator P  pin: We have Montreal.

Senator Eggleton: You have Sherbrooke in here.

The next question comes as a result of my being educated by Senator Fairbairn to perk up my ears every time I hear the word "literacy." I believe I heard it three times in your presentation. I am trying to get a handle on more characteristics of people who have a literacy problem, because that helps us to shape programs that will help them.

I would suspect a lot of literacy difficulties for seniors might relate to language. Many people came here from different countries at an advanced age and either went into an industry, if they still had employable years, where they spoke the language from their home country or their roots. We all know about the construction workers, for example. Others who come over as sponsored parents or grandparents do not get sufficient command of English or French, I suppose, because they are more involved with their own families and communities in their traditional

populeuses. Les villes qui représentent pratiquement la moitié de la population du pays ou même plus, ne participent pas à ce projet et pourtant, les risques et les dangers auxquels font face les personnes âgées dans les grandes villes méritent certainement beaucoup d'attention.

Comment détermine-t-on quelles sont les villes qui prennent part au projet et qui en assume les coûts? Est-ce l'Organisation mondiale de la santé ou le gouvernement du Canada?

Mme Gillis: Je vais d'abord répondre à votre première question concernant la taille des villes et les critères de choix. Nous avons demandé aux provinces de nous aider à choisir des villes. Elles se sont montrées intéressées et les villes choisies ont participé. Votre question est intéressante, étant donné que l'Organisation mondiale de la santé a posé la même question lorsque nous avons commencé à participer.

Il est question que des villes de plus grande importance prennent part    la prochaine phase. Les indicateurs positifs pour les aînés seront établis le 1  r octobre 2007.    partir de là, nous pourrions commencer à étudier différentes façons de les mettre en œuvre. Je ne les nommerai pas, parce qu'elles viennent tout juste de déclarer leur intérêt, mais j'espère que quelques-unes des plus grandes villes canadiennes accepteront d'appliquer le guide pratique lorsque nous l'aurons publié.

Le sénateur Eggleton: Tout dépend donc essentiellement des provinces. L'Ontario n'a proposé aucune ville.

Mme Gillis: Non, mais la participation a été plus grande dans les régions rurales et éloignées. La plupart des provinces ont proposé des villes, mais le projet n'en était encore qu'à ses débuts.

Le sénateur Eggleton: J'espère que quelques grandes villes accepteront de participer.

Mme Gillis: Certaines villes étrangères sont assez grandes puisque, par exemple, Londres et Rio participent au projet.

Le sénateur Eggleton: Toronto, Montréal et Vancouver devraient elles aussi participer.

Le sénateur Pépin: Montréal est là.

Le sénateur Eggleton: C'est Sherbrooke.

Ma prochaine question, je la dois au fait que le sénateur Fairbairn m'a appris qu'il fallait toujours dresser l'oreille lorsqu'on entend le mot « alphabétisation ». Je crois que vous l'avez mentionné trois fois dans votre exposé. J'essaie de mieux comprendre les caractéristiques des personnes qui ont un problème d'alphabétisation, parce que cela nous aide à mettre sur pied des programmes pour leur venir en aide.

Je suppose que bon nombre des difficultés en matière d'alphabétisation chez les aînés sont liées à la langue. Le Canada a accueilli des gens d'un certain âge venant de différents pays qui, s'ils étaient encore en âge de travailler, ont trouvé du travail dans un secteur où ils pouvaient parler leur langue maternelle ou celle de leur pays d'origine. Nous connaissons tous par exemple le cas des ouvriers de la construction. D'autres sont des immigrants parrain  s par leurs enfants ou petits-enfants qui n'ont pas une connaissance

language. Does that account for most of the literacy problems among seniors, or are there also people who might have been considered literate at one time but who now either have a failing memory or are faced with advances of technology beyond what they saw when they were in the workforce? I am trying to get more information about the characteristics of the seniors who have literacy difficulties.

Ms. Gillis: I do not know if the breakdown gives you that much information. I could check into that. I would expect that that sort of detail would probably be handled by the Department of Human Resources and Social Development Canada, which has the literacy agenda, but I can check and get more information for you.

Senator Eggleton: Maybe Senator Fairbairn will know the answer to that. You mentioned it, so I thought I would ask.

Senator Callbeck: You referred to an age-friendly cities project being undertaken by the agency in Manitoba on rural and remote areas of Canada. I am from a rural area in Prince Edward Island. Is my province involved in that project?

Ms. Gillis: I believe your province is involved, but I do not remember the community. I can get that for you.

Senator Callbeck: When was that project started? How long has it been in existence?

Ms. Gillis: We started first with the cities project about a year ago. Just to clarify, I co-chair with Manitoba the FPT committee on health, and that is the Manitoba link. A number of provinces are involved in the Age-Friendly Rural/Remote Communities Initiative piece. It would have started about six months ago, but the funding did not come through until relatively recently because it involves pulling together researchers to go out and have discussions with older people. It has to be done statistically and soundly, so it took us a while to collaborate. We put in provincial and federal money.

Senator Callbeck: When do you anticipate the results of the projects?

Ms. Gillis: The guide for rural and remote should be ready in November and the one for cities in October.

Senator Callbeck: You talked about the agency working closely with the provinces. What determinants are you working on now with the provinces from Atlantic Canada?

Ms. Gillis: I have the list of questions we are asking on the age-friendly cities project based on determinants, and maybe I can hand that over.

suffisante de l'anglais ou du français, sans doute parce qu'ils utilisent leur langue traditionnelle pour communiquer avec leur famille et leur communauté. Est-ce que ce sont là les problèmes d'alphabétisation les plus courants que l'on rencontre chez les aînés ou est-ce qu'il existe des personnes qui pouvaient être considérées comme alphabètes à une certaine époque mais qui ont perdu cette capacité à cause de la défaillance de leur mémoire ou qui n'ont pas suivi les progrès de la technologie après avoir quitté la main-d'œuvre active? J'essaie de mieux comprendre les caractéristiques des aînés qui ont des problèmes d'alphabétisation.

Mme Gillis : Je ne sais pas si le document donne tous ces détails. Je pourrais vérifier. Je suppose que le ministère des Ressources humaines et du Développement social Canada s'occupera de ce genre de détail, puisqu'il est en charge de l'alphabétisation, mais je peux vérifier et obtenir ces informations pour vous.

Le sénateur Eggleton : Le sénateur Fairbairn connaîtra peut-être la réponse. J'ai pensé vous poser la question, puisque vous en aviez parlé.

Le sénateur Callbeck : Vous avez parlé d'un projet de villes-amies des aînés entrepris par l'agence au Manitoba, sur les localités rurales et éloignées du Canada. Je viens d'une région rurale de l'Île-du-Prince-Édouard. Ma province participe-t-elle à ce projet?

Mme Gillis : Je crois que votre province participe, mais je ne me souviens plus de la ville. Je peux le vérifier pour vous.

Le sénateur Callbeck : Quand ce projet a-t-il démarré? Depuis quand est-il en existence?

Mme Gillis : Nous avons lancé le projet il y a environ un an. Permettez-moi de préciser que je copréside avec le Manitoba le comité fédéral-provincial-territorial sur la santé. Voilà le lien avec le Manitoba. Plusieurs provinces participent à l'initiative des villes rurales/éloignées-amies des aînés. L'initiative aurait dû commencer il y a six mois, mais nous n'avons obtenu le financement que relativement récemment. Il faut en effet constituer une équipe de chercheurs chargés de rencontrer des personnes âgées. Cela nous a pris un peu de temps, car les recherches doivent être faites de manière statistique et rigoureuse. Le projet a bénéficié d'un financement provincial et fédéral.

Le sénateur Callbeck : Quand pensez-vous obtenir les résultats des projets?

Mme Gillis : Le guide concernant les localités rurales et éloignées devrait être prêt en novembre et le guide pour les villes en octobre.

Le sénateur Callbeck : Vous avez dit que l'agence collabore étroitement avec les provinces. Quels sont les déterminants sur lesquels vous travaillez actuellement avec les provinces du Canada atlantique?

Mme Gillis : Je peux peut-être vous remettre la liste des questions concernant les déterminants que nous posons dans le cadre du projet des villes-amies des aînés.

Senator Callbeck: Are there other projects that you are involved with in Atlantic Canada?

Ms. Gillis: The main ones are the age-friendly city projects. We are working with the provinces as well on emergency preparedness. That one is interesting. We had a meeting in Winnipeg in February where we brought both domestic and international partners together to look at nine or ten issues from a senior's perspective with recommendations on what governments and communities need to do to ensure the safety of older people. That is another project that is quite broad.

The active aging work that is starting involves all of the provinces and is done at the federal-provincial-territorial table as well with federal, provincial and territorial ministers responsible for seniors. Much of the work with the provinces happens around the FPT table on seniors.

Senator Callbeck: Would the active aging area have the ministers of all the provinces coming together?

Ms. Gillis: Yes, there is a table of ministers responsible for seniors, and the agency participates in the health piece on that.

Senator Callbeck: Do you take the initiative on any of these things?

Ms. Gillis: We took the initiative on age-friendly cities and on emergency preparedness. The initiative on active aging has been a long-standing one. Mental health has not been linked as much to provinces. There is probably work to do on mental health and Alzheimer's disease.

Senator Callbeck: You say there is one place in Prince Edward Island. How is that carried out there?

Ms. Gillis: Researchers were hired, and they used a set of questions established by the World Health Organization on nine determinants of health, everything from transportation to housing. They pull groups of seniors together, ask them the questions and record their responses to those health determinants questions in the two projects. The idea was that we would ask seniors what their life is like with respect to the nine determinants of health.

Our next step was to create a guideline of what cities or communities need to have for seniors to age healthily and happily based on determinants of health. Those are being compiled now through the sessions with seniors.

Senator Callbeck: What percentage of seniors do you hope to have input from?

Le sénateur Callbeck : Est-ce qu'il y a d'autres projets auxquels vous participez au Canada atlantique?

Mme Gillis : Les principaux sont les projets qui concernent les villes-amies des aînés. Nous collaborons également avec les provinces en matière de planification d'urgence. Ce projet est intéressant. En février, nous avons eu une rencontre qui nous a permis de réunir à Winnipeg nos partenaires nationaux et internationaux afin d'examiner une dizaine d'aspects depuis la perspective d'une personne âgée et de présenter des recommandations relativement aux mesures que les gouvernements et les collectivités devraient prendre pour assurer la sécurité des personnes âgées. C'est un autre projet de grande envergure.

Toutes les provinces participent aux projets relatifs au vieillissement actif qui se déroulent également à la table fédérale-provinciale-territoriale, avec la participation des ministres responsables des personnes âgées dans les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. La plus grande partie du travail avec les provinces se fait autour de la table FPT sur les personnes âgées.

Le sénateur Callbeck : Est-ce que le projet relatif au vieillissement actif va réunir les ministres de toutes les provinces?

Mme Gillis : Oui, il y a une rencontre des ministres responsables des personnes âgées et l'agence participe à la discussion sur la santé.

Le sénateur Callbeck : Est-ce que vous prenez l'initiative dans ces différents dossiers?

Mme Gillis : Nous avons pris l'initiative dans le cas des villes-amies des aînés et de la planification d'urgence. L'initiative sur le vieillissement actif est en cours depuis longtemps. Le dossier de la santé mentale n'a pas été autant associé aux provinces. Il y a probablement du travail à faire dans le dossier de la santé mentale et de la maladie d'Alzheimer.

Le sénateur Callbeck : Vous avez dit qu'une localité participe au projet à l'Île-du-Prince-Édouard. Comment cela se passe-t-il là-bas?

Mme Gillis : Nous avons engagé des chercheurs qui ont posé une série de questions définies par l'Organisation mondiale de la santé relativement à neuf déterminants de la santé, sur différents aspects allant du transport au logement. Les chercheurs réunissent des groupes d'aînés, leur posent des questions et inscrivent leurs réponses relatives aux déterminants de la santé dans ces deux projets. Cela consiste à demander aux personnes âgées de décrire leur vie sous l'angle des neuf déterminants de la santé.

Notre prochaine étape a consisté à définir des lignes directrices basées sur les déterminants de la santé que les villes ou collectivités doivent mettre en pratique pour permettre à leurs aînés de vieillir en santé et dans un environnement capable d'assurer leur bien-être. Les rencontres que nous avons actuellement avec les aînés ont pour but de définir ces lignes directrices.

Le sénateur Callbeck : Quel est le pourcentage de personnes âgées auprès desquelles vous espérez obtenir des informations?

Ms. Gillis: Do you mean percentage of a province?

Senator Callbeck: No, let us say that area in Prince Edward Island, if it is 5,000 people.

Ms. Gillis: I do not recall the numbers offhand. I know a little more about the cities project because I was more closely involved in the discussions, and I went to some of the sessions with the seniors.

They are done statistically through the academics who are working on this, and they determine the percentage of people. In the cities project, for example, there are eight different groups they talk to and they make sure they have men and women, different incomes, different social ethnic backgrounds, and so on. There are a number of criteria the academics use to determine the participants.

In the smaller communities it is tougher. From the discussions that I had in the provinces, I know they had to loosen up some of the restrictions of the cities piece because of the numbers in the rural communities.

Senator Fairbairn: All of us, as we move along, have experiences, and I am certain that all of you have daily experiences with the individuals with whom you work and whom you are trying to help. As I have worked with older members of my family, I have been startled and almost enchanted by their ability to make their own decisions. Also, in spite of all the good will of everyone who might swirl around them, they are very keen on being able to maintain control over what they want to do.

There are many seniors' centres in Canada and they are just great. In my hometown of Lethbridge, they are probably the biggest activists in the community. In your work, do you deal closely with organizations like the CNIB, the Canadian National Institute for the Blind, which has in large and small communities some of the most extraordinary efforts that almost go through the whole lexicon of health and aging? They bring in the talking books, although they do much more than that now; they create ways of moving around a house that will enable older people to stay in their homes without having someone at their elbow all the time telling them what to do.

Ms. Gillis: We work with them in two ways. We do a number of brochures and information packages for older people, and we always work with the CNIB or, depending on the issue, a number of different groups.

We also have a phone line and a computer service, where we assist seniors to link up in their community. Any senior across the country can call 1-800-O-Canada. We will assist them if they are trying to find out where in their community they can go to get information on hearing or if they want the stay in their house and need assistance getting Meals on Wheels;

Mme Gillis: Voulez-vous parler du pourcentage d'une province?

Le sénateur Callbeck: Non, j'aimerais savoir s'il y avait par exemple 5 000 personnes dans cette région de l'Île-du-Prince-Édouard.

Mme Gillis: Je ne me souviens pas exactement des chiffres. Je connais un peu mieux le projet dans les villes puisque j'ai participé plus activement aux discussions et j'ai assisté à certaines rencontres avec les aînés.

Les chercheurs procèdent de façon statistique et déterminent le pourcentage de personnes. Dans le projet des villes, par exemple, ils s'adressent à huit groupes différents dans lesquels ils s'assurent qu'il y a des hommes et des femmes, des personnes de revenus différents, d'horizons sociaux et ethniques différents, et cetera. Les chercheurs appliquent un certain nombre de critères pour choisir les participants.

Dans les collectivités plus petites, c'est plus difficile. D'après les communications que j'ai eues avec les provinces, je sais qu'elles ont dû assouplir certains des critères conçus pour les villes, en raison de la population moins dense des collectivités rurales.

Le sénateur Fairbairn: Nous avons tous notre propre vécu et je suis certaine que vous avez tous vos propres expériences avec les personnes que vous côtoyez dans le cadre de votre travail ou que vous tentez d'aider. Ayant moi-même pris soin de certains membres plus âgés de ma famille, j'ai été surprise et presque émerveillée par leur capacité à prendre leurs propres décisions. D'autre part, malgré toute la bonne volonté des personnes qui les entourent, elles sont fermement décidées à maintenir le contrôle sur ce qu'elles veulent faire.

Il y a beaucoup d'excellents foyers pour personnes âgées au Canada. Dans ma propre ville de Lethbridge, les aînés sont probablement les plus grands militants de la collectivité. Dans le cadre de votre travail, collaborez-vous étroitement avec des organisations comme l'INCA, l'Institut national canadien pour les aveugles, qui déploie dans les petites et grandes collectivités les efforts les plus extraordinaires qui abordent pratiquement tous les aspects de la santé et du vieillissement? L'INCA ne se contente plus de nos jours de fournir des livres parlés; il propose aux personnes âgées différentes façons de se déplacer dans la maison, afin que les personnes âgées puissent rester chez elles sans avoir quelqu'un qui les suive pour leur dire quoi faire.

Mme Gillis: Nous collaborons avec l'INCA de deux manières différentes. Nous travaillons toujours avec l'institut pour la préparation des brochures et des trousseaux d'information destinées aux aînés, mais selon le sujet, nous collaborons également avec différents autres groupes.

Nous disposons également d'une ligne téléphonique et d'un service informatique qui nous permettent d'aider les aînés à s'orienter dans leur collectivité. N'importe quel aîné du pays peut composer le numéro 1-800-O-Canada afin d'obtenir de l'aide, par exemple pour trouver de l'information sur les troubles de l'ouïe. Nous aidons également les aînés qui souhaitent demeurer chez eux

we will assist seniors in doing that. That is a long-standing program that has been in the Division of Aging and Seniors for many years.

Senator Fairbairn: The word “literacy” has popped up. It pops up at every age, but I think with seniors it is particularly important because reading is a large part of their lives — even more so than television, to a point. If you do not have that skill, and a great many do not, then all of the things that are at the centre of your daily life — whether cooking, getting a newspaper through the door or taking your medication — can be difficult to deal with. Sometimes the person is too stubborn to tell anybody they cannot do it or do not know something. Do you run into that often?

Ms. Gillis: I think you have been talking to my mother.

Senator Fairbairn: No, I was talking to mine.

Ms. Gillis: Do we hear about these things directly at the Public Health Agency? Probably less so, but you have raised some interesting issues, such as medication use. That has huge links to falls and capacity, particularly if medication is badly used.

A whole wealth of work could be done around those issues. They touch on a number of negative things in seniors’ lives. Interestingly, when you are talking about someone who is off by themselves, the main point is the question of social isolation. As we were discussing earlier in the context of rural and remote communities, seniors who do not have family members or a support system close by can become marginalized and their health deteriorates. Therefore, I think social isolation is a key issue every time.

Senator Nancy Ruth: I am always interested in how the federal government is able to have any influence on municipalities and their building codes — their designs for sidewalks, kitchens, window openings, light switches that are not at the right height and all that kind of stuff. I have the impression that the federal government wants to stay away from putting any pressure of that nature on cities and I think it is a huge mistake.

Ms. Gillis: That is a great point. We will probably see some of that coming out of the studies on age-friendly cities when we talk about the built environment. I think our winters are very difficult for older people in terms of mobility.

With respect to what the federal government is doing on falls, at the end of 2005 we released what we almost refer to as the grizzly statistics, which I am more than happy to share with you, in *Report on Seniors’ Falls in Canada*. The report shows that hospital stays for falls are double the time of just about everything else. Falls ruin seniors’ lives; they lose their independence. It is

à bénéficier du service de repas à domicile. C’est un programme que propose la Division du vieillissement et des aînés depuis de nombreuses années.

Le sénateur Fairbairn : Le terme « alphabétisation » est apparu dans la discussion. Le phénomène apparaît à tout âge, mais je pense que l’alphabétisation est particulièrement importante pour les aînés, étant donné que la lecture occupe une grande partie de leur vie — encore plus que la télévision dans une certaine mesure. Beaucoup de personnes n’ont pas cette capacité et tous les gestes de la vie quotidienne — qu’il s’agisse de cuisiner, de lire le journal ou de prendre des médicaments — peuvent s’avérer difficiles à exécuter. Parfois, la personne est trop entêtée pour avouer à quelqu’un qu’elle ne peut pas effectuer telle ou telle chose ou qu’elle ignore tel ou tel détail. Avez-vous souvent rencontré ce genre de problèmes?

Mme Gillis : Je pense que vous avez dû parler à ma mère.

Le sénateur Fairbairn : Non, à la mienne.

Mme Gillis : Est-ce que l’Agence de santé publique entend parler directement de ce genre de choses? Probablement moins, mais vous avez soulevé des questions intéressantes, notamment celle de la prise des médicaments. En effet, des médicaments mal pris peuvent avoir des conséquences énormes sur le plan des chutes et de l’incapacité.

Il y aurait beaucoup d’études à faire sur ces aspects qui peuvent avoir des conséquences négatives dans la vie quotidienne des aînés. Il est intéressant de noter que, dans le cas d’une personne qui vit seule, l’isolement social revêt une importance capitale. Comme nous l’avons vu un peu plus tôt dans le contexte des collectivités rurales et éloignées, les aînés qui ne bénéficient pas de la présence de leur famille ou d’un réseau de soutien peuvent être victimes d’une certaine marginalisation accompagnée d’une détérioration de leur santé. C’est pourquoi je pense que l’isolement social est un élément important dans tous les cas.

Le sénateur Nancy Ruth : Je m’intéresse toujours à la façon dont le gouvernement fédéral peut exercer une influence sur les municipalités et leurs codes du bâtiment qui s’appliquent aux trottoirs, aux cuisines, aux ouvertures de fenêtre, aux interrupteurs qui ne sont pas à la bonne hauteur, et cetera. J’ai l’impression que le gouvernement fédéral ne veut pas exercer de pressions de cette nature sur les villes et je pense que c’est une grave erreur.

Mme Gillis : Voilà un point intéressant. Ce sont probablement des aspects qui surgiront dans les études concernant les villes-amies des aînés, lorsque nous examinerons l’environnement bâti. Je pense que nos hivers réduisent considérablement la mobilité des personnes âgées.

Dans le *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, publié à la fin de l’année 2005, nous avons parlé des mesures que le gouvernement fédéral prend à ce chapitre et nous avons fait état de statistiques que nous qualifions pratiquement d’effroyables. Le rapport révèle que les hospitalisations en raison de chutes durent deux fois plus longtemps que pratiquement toutes les

about \$1 billion in direct health care costs to deal with falls. I think it is the second leading cause of injury, after motor vehicles, for the entire population.

We know that falls are a huge issue for Canadian seniors. Falls also lead to social isolation because often after a fall you are afraid to go out again. Those of you who have elderly parents or relatives who have fallen will know that often you find that it creates in them a fear of leaving the house again. There are issues around how not only to stop falls but also to assist people after a fall to regain their capacity to engage.

We did that report. Also, through the population health fund we have funded different studies and we have a lot of knowledge about why falls occur. I think the interesting piece is the next step, which is how do we intervene, working with the provinces — because some of this is social services and federal-provincial-territorial pieces. We have some ideas around that.

I do not know whether we can affect things like road construction and those kinds of decisions, but I am hoping that as a beginning, because the provinces are so interested in the age-friendly work that we are doing, which will include accessibility, some of those questions will come up.

We have quite a bit of knowledge of the systems that work in interventions on falls. For instance, the Ministry of Health in B.C. has a chart that shows that as they increased their falls prevention programs they saw a decrease in hospitalizations because of falls. In terms of health promotion, you do not get statistics like that very often that show you how effective you can be by intervening.

I go back to my final comment, which is that I think a lot of work can be done on that. We are very interested in working with the provinces on that issue.

Just as an aside, the report on falls, which is a great document, led to the World Health Organization asking to work with us to do a report on falls globally. We funded that through the population health fund and they are working on it now. We have had a number of international meetings and domestic meetings with experts to talk about how to move some of the issues out.

Senator Nancy Ruth: The report you spoke of is really —

Ms. Gillis: It is statistics.

Senator Nancy Ruth: You send it on to the province, not on to the city.

autres. Les chutes représentent une plaie pour les personnes âgées; à cause d'elles, elles perdent leur indépendance. Le traitement des blessures causées par les chutes coûte environ 1 milliard de dollars en coûts directs de santé. Je crois que les chutes représentent la deuxième cause la plus importante de blessures après les accidents d'automobile, dans l'ensemble de la population.

Nous savons que les chutes sont un problème grave pour les aînés canadiens. Les chutes sont également une cause d'isolement social, étant donné qu'une personne qui est tombée hésite souvent à sortir. Ceux d'entre vous qui ont des parents âgés qui ont été victimes de chutes savent que les aînés ont souvent peur de quitter la maison par la suite. Par conséquent, il faut non seulement réduire les chutes, mais également aider les gens à retrouver leur mobilité par la suite.

Nous avons fait paraître ce rapport. D'autre part, nous avons financé diverses études par l'intermédiaire du Fonds pour la santé de la population et nous connaissons bien les causes des chutes. À mon avis, l'étape la plus intéressante est la suivante, celle des mesures d'intervention que nous prenons, en collaboration avec les provinces — étant donné que certains de ces aspects relèvent des services sociaux et des responsabilités fédérales-provinciales-territoriales. Nous avons quelques idées à ce sujet.

Je ne sais pas dans quelle mesure nous pouvons influencer des choses comme les constructions de routes et d'autres décisions de ce type, mais j'espère que certaines de ces questions seront examinées dès le départ, étant donné que les provinces sont si intéressées par notre projet de villes-amies des aînés qui met notamment l'accent sur l'accessibilité.

Nous connaissons assez bien les systèmes qui donnent de bons résultats dans les interventions en matière de chutes. Par exemple, le ministère de la Santé de Colombie-Britannique a publié un tableau indiquant que l'intensification des programmes de prévention des chutes s'est traduite par une diminution des hospitalisations. Dans le domaine de la promotion de la santé, il est rare que l'on obtienne des statistiques qui démontrent ainsi l'efficacité de l'intervention.

Comme je le disais dans mon dernier commentaire, je pense qu'il reste beaucoup à faire dans ce domaine. Nous sommes tout à fait prêts à collaborer avec les provinces à ce sujet.

Permettez-moi d'ajouter que le rapport sur les chutes est un excellent document qui a incité l'Organisation mondiale de la santé à nous demander de collaborer à la réalisation d'un rapport sur les chutes dans le monde. Nous avons financé ce travail par l'intermédiaire du Fonds pour la santé de la population et les travaux sont actuellement en cours. Nous avons eu plusieurs rencontres au niveau national et international avec des experts afin d'étudier différentes façons d'aborder certaines de ces questions.

Le sénateur Nancy Ruth : Le rapport dont vous parlez est vraiment...

Mme Gillis : Ce sont des statistiques.

Le sénateur Nancy Ruth : Vous l'avez fait parvenir à la province, et pas à la ville.

Ms. Gillis: It is available to everyone; it is a public document.

Senator Nancy Ruth: You do not actually work with them; there is no transition of funds.

Ms. Gillis: Not specifically, no; we do so more anecdotally, through different projects.

Senator Cochrane: What is your relationship with the provinces? How do you communicate with them? How do you assess all the things that are happening? For instance, you said that only 33 per cent of seniors function at their optimal potential. Where did that number come from? What is the role of the provinces here?

Ms. Gillis: We work through the provinces in a couple of ways. As I mentioned, there is the FPT meeting of ministers responsible for seniors.

Senator Cochrane: How often does that happen?

Ms. Gillis: That happens a couple of times a year — once a year for the ministers, but the officials meet frequently. I would say at least once a month I am on the phone with the provinces with respect to the FPT table's work on healthy aging; we are fairly connected that way.

The agency also has regional offices, which work closely with the different provinces; also, they can use part of the population health fund in order to address population issues specific to their province. Those are the two main ways.

We also do a lot of bilateral meetings because we know the people in the field; we have been working on aging issues for a long time, and as a result we have contacts around the country.

Senator Cochrane: Does any one province stand out in anything you have done?

Ms. Gillis: B.C. does great work on falls prevention. They are ahead probably, although a few other provinces are working on that.

Senator Cochrane: Can you tell me why B.C. is doing well?

Ms. Gillis: They put a lot of money into their seniors' programs.

Senator Cochrane: Provincial?

Ms. Gillis: Yes, provincially they have. I will let Ms. White talk about her experience in her province, which has also done some great work. We have partnered with Nova Scotia on just about all of the projects I have mentioned to you today, and with Ontario. We have partnered basically with all of the provinces.

Mme Gillis: Tout le monde peut le consulter; c'est un document public.

Le sénateur Nancy Ruth: Vous ne travaillez pas véritablement avec eux; il n'y a pas de transfert de fonds.

Mme Gillis: Pas précisément, non; nous travaillons à différents autres projets, mais de manière moins poussée.

Le sénateur Cochrane: Quelles sont vos relations avec les provinces? Comment communiquez-vous avec elles? Comment évaluez-vous certains aspects de la situation? Par exemple, vous avez dit que seulement 33 p. 100 des aînés exercent leurs capacités fonctionnelles maximales. D'où vient ce chiffre? Quel est le rôle des provinces dans ce domaine?

Mme Gillis: Nous travaillons de plusieurs manières différentes avec les provinces. Comme je l'ai mentionné, il y a la rencontre fédérale-provinciale-territoriale des ministres responsables des aînés.

Le sénateur Cochrane: Quelle est sa fréquence?

Mme Gillis: Ces rencontres ont lieu plusieurs fois par année — une fois par an pour les ministres, mais les fonctionnaires se rencontrent plus souvent. Je dirais que je communique au moins une fois par mois par téléphone avec les provinces au sujet des travaux de la table de concertation FTP sur le vieillissement sain; nous communiquons assez bien ensemble.

L'agence a également des bureaux régionaux qui travaillent en étroite collaboration avec les différentes provinces; d'autre part, ils ont accès au Fonds pour la santé de la population afin d'aborder certains enjeux de population propres à leur province. Voilà les deux niveaux principaux de collaboration que nous avons avec les provinces.

Nous avons aussi beaucoup de rencontres bilatérales, parce que nous connaissons les spécialistes du domaine; nous travaillons depuis longtemps sur les enjeux du vieillissement et nous avons établi de nombreux contacts partout au pays.

Le sénateur Cochrane: Est-ce qu'une province en particulier se distingue dans un des domaines que vous avez abordés?

Mme Gillis: La Colombie-Britannique fait de l'excellent travail en matière de prévention des chutes. Cette province est probablement un chef de file en la matière, bien que quelques autres provinces travaillent également sur cette question.

Le sénateur Cochrane: Pouvez-vous me dire pourquoi la Colombie-Britannique a de si bons résultats?

Mme Gillis: Elle consacre beaucoup d'argent aux programmes destinés aux aînés.

Le sénateur Cochrane: La province?

Mme Gillis: Oui, la province. Je vais laisser Mme White parler de son expérience dans sa propre province qui a obtenu elle aussi d'excellents résultats. Nous nous sommes associés à la Nouvelle-Écosse dans pratiquement tous les projets dont je vous ai parlé aujourd'hui. Avec l'Ontario également. Nous avons travaillé en partenariat avec pratiquement toutes les provinces.

Senator Cochrane: You mentioned evidence that older adults can live longer. You mentioned that staying socially connected is important. I am familiar with the New Horizons for Seniors program. It is fabulous; they have buses of seniors going from one community to another, they have social events, they make friends, they have dinners, they dance. It is amazing what the New Horizons for Seniors programs are doing. Have you seen an impact?

Ms. Gillis: New Horizons for Seniors used to be at Health Canada; they are now funded out of HRSDC. We work with them. We have a close connection with HRSDC. In fact, I spoke to all of their workers from across the country and we were talking about health issues, because they get many requests for funding for health issues like falls. We were talking about how we could be more effective in some of those programs in terms of sharing knowledge.

Senator Cochrane: That is a good program to share information.

Ms. Gillis: Absolutely.

Senator Cochrane: That is what they do when they get together.

Ms. Gillis: It is a good one for sure.

[Translation]

Senator Pépin: You are talking about physical health programs, but when we think about seniors, we also think about isolation. That is one of the problems that has to be solved. Even if they live in seniors' homes, we know that it is very common for some people not to have enough visitors, or not to be involved in enough activities. Do you have any statistics about this?

Ms. Gillis: Not a lot. Is your question in relation to falls, or is it a general question?

Senator Pépin: Do you have statistics on isolation?

[English]

Is there any specific program?

Ms. Gillis: No.

Senator Pépin: I believe it is one of the major problems.

[Translation]

Ms. Gillis: That is a problem. This is under provincial jurisdiction. It is difficult for the federal government to play a role. At the same time, I think there will be options under new programs. The agencies are very important in emergency situations. After Hurricane Katrina, the statistics were terrible, and that is one of the reasons why we decided to work on issues involving seniors in emergency situations. When we studied the subject, we found that the global statistics were tragic.

Le sénateur Cochrane : Vous avez dit que les aînés peuvent mener une vie plus longue. Vous avez dit qu'il est important de maintenir des contacts sociaux. Je connais le programme Nouveaux Horizons pour les aînés. C'est un programme fabuleux qui organise le transport des aînés d'une collectivité à une autre; les aînés participent à des activités sociales, se font des amis, prennent part à des dîners, des soirées dansantes. Les résultats des programmes Nouveaux Horizons pour les aînés sont tout simplement incroyables. Avez-vous constaté des résultats?

Mme Gillis : Le programme Nouveaux Horizons pour les aînés relevait auparavant de Santé Canada; il est maintenant financé par RHDSC. Nous travaillons avec le ministère. Nous avons des liens étroits avec RHDSC. En fait, j'ai communiqué avec tous les intervenants du pays afin de leur parler des questions de santé, car ils reçoivent de nombreuses demandes de fonds pour intervenir sur des questions de santé comme les chutes. Nous avons constaté que certains de ces programmes seraient beaucoup plus efficaces grâce à un partage des connaissances.

Le sénateur Cochrane : C'est un bon programme pour partager des informations.

Mme Gillis : Tout à fait.

Le sénateur Cochrane : C'est ce qu'ils font quand ils se rencontrent.

Mme Gillis : De ce côté-là, c'est excellent.

[Français]

Le sénateur Pépin : Vous parlez des programmes de santé physique, mais lorsqu'on pense aux personnes âgées, on pense également à l'isolement. C'est un des problèmes qu'il est important de régler. Même si elles demeurent dans des résidences pour personnes âgées, on sait que très souvent, certaines personnes trouvent qu'elles n'ont pas assez de visiteurs ou qu'elles ne font pas assez d'activités. Avez-vous des statistiques à cet effet?

Mme Gillis : Pas beaucoup. Votre question a trait aux chutes ou est-ce une question générale?

Le sénateur Pépin : Avez-vous des statistiques sur l'isolement?

[Traduction]

Est-ce qu'il existe un programme particulier?

Mme Gillis : Non.

Le sénateur Pépin : Je crois que c'est un des grands problèmes.

[Français]

Mme Gillis : C'est un problème. C'est sous la juridiction provinciale. Il est difficile d'avoir un rôle pour le gouvernement fédéral. En même temps, je crois qu'il y aura des options avec de nouveaux programmes. Les agences sont très importantes dans les situations d'urgence. Après l'ouragan Katrina, les statistiques étaient terribles et c'est une des raisons pour lesquelles on a décidé de travailler sur les urgences pour les personnes âgées. On a trouvé des statistiques globales tragiques après avoir étudié le sujet.

[English]

The Chairman: Unfortunately, Ms. Gillis, we have run a little over time and we have to move on to the next group of witness. Thank you very much for coming.

We now have three expert witnesses before us. We will hear from all three, and then we will have a period of questions. The first witness is Professor Mark Rosenberg, a member of the executive of the Canadian Association on Gerontology. He is Editor-in-Chief of the *Canadian Journal on Aging*, which is the official journal of the association and actually Canada's only interdisciplinary journal on aging. He is also co-author of *Growing Old in Canada: demographic and geographic perspectives*.

In addition to Professor Rosenberg, we have Valerie White, Executive Director, Seniors' Secretariat, Nova Scotia Department of Health. The secretariat is the provincial government agency responsible for seniors. In 2005 the secretariat published *Strategy for Positive Aging in Nova Scotia*, which proposed a framework for government and community action based on social determinants of health.

Then we have Dr. André Davignon, the founder of the Observatory on Ageing and Society. Founded in 2003, this organization seeks to help seniors age well by supporting individual and collective reflection and decision making about the challenges posed by an aging population and its impacts on society.

Mark Rosenberg, Professor, Queen's University, Canadian Association on Gerontology: On behalf of the Canadian Association on Gerontology, as a member of the executive board and as editor-in-chief of the *Canadian Journal on Aging*, it is an honour to present this brief to the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

Population health can now be seen as a mature conceptual framework for understanding the health of the Canadian population or segments of the Canadian population. Why does the Canadian Association on Gerontology, CAG describe it this way? First, as you know, the Public Health Agency of Canada traces the intellectual development of the population health approach back to Mark Lalonde's groundbreaking report: *A New Perspective on the Health of Canadians*. Since that time, a series of meetings and seminal reports have fleshed out population health as a framework. In other words, population health as a framework has been developed and refined over a period of more than 30 years.

Second, while much of the early emphasis of the population health approach in Canada focused on early childhood development, the population health approach was a major organizing framework for many of the 96 projects funded between 1991 and 1995 through the Seniors Independence Program, the Ventures In Independence program, and the New Horizons: Partners in Aging program.

[Traduction]

Le président : Malheureusement, madame Gillis, nous avons un peu dépassé le temps qui vous était réservé. Nous devons maintenant passer au prochain groupe de témoins. Merci beaucoup d'être venue.

Nous accueillons maintenant trois spécialistes. Nous allons demander à ces trois témoins de présenter leur exposé, et nous passerons ensuite aux questions. Le premier témoin est M. Mark Rosenberg, membre du bureau et du conseil d'administration de l'Association canadienne de gérontologie. Il est rédacteur en chef de la *Revue canadienne du vieillissement*, la revue officielle de l'association et le seul périodique interdisciplinaire du Canada sur le vieillissement. Il est par ailleurs coauteur de *Viellir au Canada : Les aspects démographique et géographique du vieillissement*.

À part M. Rosenberg, nous accueillons Valerie White, directrice générale du Secrétariat aux aînés, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Le secrétariat est l'organisme du gouvernement provincial chargé des personnes âgées. En 2005, le secrétariat a publié *Strategy for Positive Aging in Nova Scotia* qui propose un cadre d'intervention gouvernementale et communautaire fondé sur les déterminants sociaux de la santé.

Nous avons enfin le Dr André Davignon, fondateur de l'Observatoire Vieillesse et société. Créé en 2003, cet organisme a pour but d'aider les aînés à bien vieillir en facilitant la réflexion et la prise de décisions individuelles et collectives concernant les défis que soulève le vieillissement de la population et ses effets sur la société.

Mark Rosenberg, professeur, Université Queen's, Association canadienne de gérontologie : Au nom de l'Association canadienne de gérontologie et à titre de membre du bureau et du conseil d'administration, et de rédacteur en chef de la *Revue canadienne du vieillissement*, c'est un honneur pour moi de présenter ce mémoire au Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La santé des populations peut être vue dorénavant comme un cadre conceptuel complet permettant de comprendre la santé de la population canadienne ou de segments de la population canadienne. Pourquoi l'Association canadienne de gérontologie, ACG, la décrit-elle de cette façon? Premièrement, comme vous le savez, l'Agence de santé publique du Canada retrace l'origine de l'élaboration intellectuelle de l'approche axée sur la santé de la population au rapport phare de Mark Lalonde intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Depuis lors, une série de réunions et de rapports fondamentaux ont étoffé le cadre de travail de la santé de la population. Autrement dit, le cadre de travail sur la santé de la population a été élaboré et raffiné sur une période de 30 ans.

Deuxièmement, même si au début, l'approche axée sur la santé de la population au Canada mettait l'accent sur le développement de la petite enfance, elle a servi de cadre organisationnel important pour bon nombre des 96 projets financés entre 1991 et 1995 par l'entremise du Programme d'autonomie des aîné(e)s, du programme Alliance pour l'autonomie et du programme Nouveaux Horizons : partenaires des aînés.

In *Toward Healthy-Aging Communities: A Population Health Approach*, a report prepared in 1997 for the Division of Aging, Health Canada, Linda Macleod and Associates identified a number of issues relevant to Canada's seniors using a health approach. I will not spend time going through all of the issues, as many of them have been raised and they are in our written brief.

Third, in talking about population health as a mature approach, linkages have been drawn between population health as an approach for the identification and analysis of issues, and the key factors underlying them and health promotion strategies. One can see these linkages in publications of the CAG, such as *Abuse & Neglect of Older Canadians: Strategies for Change* and *National Forum — Closing the Care Gap*, which we sponsored and in which we produced these reports.

We would like to draw to the attention of the subcommittee three significant drawbacks to the population health framework. First, the framework is essentially static. It has provided valuable research in identifying social determinants of health at a given point in time, depending on who and what was the focus of the research. We do not have many examples of research that employs a population health framework in a dynamic or longitudinal context to show how changes in the determinants of health and health care lead to changes in health status and the need for more and different types of care.

Second, the population health framework does not easily embrace the growing diversity of the Canadian population in general and the growing diversity of Canada's elderly population. In the coming decades, an increasing proportion of Canadian seniors will come from visible minorities, the gay and lesbian communities and, later in the century, the Aboriginal peoples of Canada.

Third, the population health framework does not take easily into account the complexity of local geographies. The determinants of health for seniors are likely to be different in rural Canada in contrast to urban Canada and in those parts of Canada where the costs of living are rising rapidly, for example Vancouver, Calgary and Toronto, and also in boom communities like Fort McMurray. That is not to say there is no research that addresses the latter two issues, but most of the research tends to be small-scale case studies.

How can these limitations to the population health framework be addressed? First, the Canadian government needs to invest in the tools required for dynamic, longitudinal research. Currently, CIHR through the Institute of Aging is developing the Canadian Longitudinal Survey on Aging, CLSA. More funding is required to launch it, and a long-term funding commitment will be required to maintain the survey for a

Dans le document intitulé *Pour une société qui vieillit en santé : Une approche axée sur la santé de la population*, rapport préparé par Linda Macleod and Associates pour la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada, diverses questions relativement aux aînés du Canada ont été dégagées à l'aide d'une approche axée sur la santé de la population. Je ne vais pas passer toutes les questions en revue, étant donné que beaucoup d'entre elles déjà été soulevées et sont exposées dans notre mémoire.

Troisièmement, adoptons une approche raisonnée de la santé de la population et mentionnons les liens qui ont été établis entre la santé de la population comme approche pour dégager et analyser les questions et les facteurs clés sous-jacents, ainsi que les stratégies de promotion de la santé. Ces liens peuvent être constatés dans les publications de l'ACG comme *Mauvais traitement auprès des personnes âgées : Stratégies de changement* et *Symposium — L'inégalité des soins*, que nous avons parrainé et dans le cadre duquel nous avons produit ces rapports.

Nous souhaitons attirer l'attention du sous-comité sur trois points faibles importants du cadre de la santé de la population. Premièrement, le cadre est essentiellement statique. Il a permis d'effectuer une recherche valable pour dégager les déterminants sociaux de la santé à un certain point, en fonction de l'objet de la recherche. Nous ne connaissons pas beaucoup d'exemples de recherches qui se basent sur un cadre de la santé de la population dans un contexte dynamique ou longitudinal pour démontrer la façon dont les changements dans les déterminants de la santé et les soins de santé entraînent des changements dans l'état de santé et la nécessité de types de soins plus nombreux et différents.

Deuxièmement, le cadre de la santé de la population ne s'adapte pas facilement à la diversité croissante de la population canadienne en général et à la diversité croissante de la population des aînés au Canada. Dans les décennies à venir, une proportion croissante d'aînés canadiens proviendront des minorités visibles, des communautés de gays et de lesbiennes et, plus tard dans le siècle, des peuples autochtones du Canada.

Troisièmement, le cadre de la santé de la population ne tient pas facilement compte de la complexité des géographies locales. Les déterminants de la santé des aînés seront probablement différents dans les milieux ruraux du Canada, dans les milieux urbains du Canada et dans les régions du Canada où le coût de la vie augmente rapidement, par exemple à Vancouver, Calgary et Toronto, mais aussi dans des collectivités en pleine expansion comme Fort McMurray. Cela ne veut pas dire qu'aucune recherche ne traite ces deux dernières questions, mais plutôt que la plupart de la recherche a tendance à consister en des études de cas à petite échelle.

Comment traiter ces limites du cadre de la santé de la population? Premièrement, le gouvernement doit investir dans les outils nécessaires pour effectuer une recherche dynamique, longitudinale. Actuellement, les Instituts de recherche en santé du Canada élaborent, par l'entremise de l'Institut du vieillissement, l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, ELCV. D'autres fonds seront nécessaires pour lancer l'étude et un

minimum of 20 years to provide the data required to understand how the determinants of health are changing within a population health framework.

Second, Statistics Canada supports the Canadian Community Health Survey, CCHS, and the regional data centres for remote access to Statistics Canada surveys. Both of these programs deserve additional funding support to make CCHS even more inclusive of both the diversity and the small-scale geographies embedded within CCHS.

Third, it has been more than 10 years since Health Canada funded a major health program in the form of the Seniors Independence Program. To take the next step in understanding population health within a dynamic and longitudinal framework and to support a new generation of research and young researchers who want to understand how the determinants of health and health care are changing as Canada's seniors are changing, we need a funded program of research that will link population health policy and programs.

I have emphasized these topics because the Canadian Association on Gerontology is essentially a multidisciplinary association of researchers, practitioners and people who are concerned about seniors, but foremost amongst our mandates is research. For the research to take the next step, these are the three key issues that we would like to bring to your attention.

I would like to thank you for your time and understanding, and I have brought copies of the *Canadian Journal on Aging* for each of you.

Valerie J. White, Executive Director, Seniors' Secretariat, Nova Scotia Department of Health: Honourable senators, thank you for this opportunity; it is a pleasure to be here to talk about Nova Scotia's Strategy for Positive Aging and to assist in any way I can with the complex but important task that you have undertaken.

I have been asked to speak about the following: our Strategy for Positive Aging as a useful example of an inter-sectoral government strategy; the preparation of the strategy; the contents of the strategy; and our implementation process. Because it directly relates to your work, I will also highlight how our strategy positions the social determinants of health.

First, our strategy demonstrates an inter-sectoral approach. The unique structure of the Seniors' Secretariat makes us ideal for this type of work. We are governed by a committee of seven cabinet ministers chaired by the Minister of Seniors. This means

engagement à l'égard d'un financement à long terme sera indispensable pour maintenir l'étude pendant au moins 20 ans afin de fournir les données requises pour comprendre la façon dont les déterminants de la santé changent à l'intérieur du cadre de la santé de la population.

Deuxièmement, Statistique Canada soutient l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, ESCC, et les centres de données régionaux pour permettre d'accéder à distance aux études de Statistique Canada. Ces deux programmes doivent recevoir un soutien financier additionnel pour rendre l'ESCC encore plus inclusive, tenir compte de la diversité de la population canadienne et permettre aux chercheurs de profiter de la diversité et des géographies de petite échelle faisant partie de l'ESCC.

Troisièmement, il y a plus de 10 ans que Santé Canada a financé un grand programme de recherche comme le Programme d'autonomie des aîné(e)s. Pour progresser dans notre compréhension de la santé de la population dans un cadre dynamique et longitudinal et pour soutenir une nouvelle génération de recherche et de jeunes chercheurs qui veulent comprendre pourquoi les déterminants de la santé et les soins de santé changent tout comme les aînés du Canada changent eux-mêmes, nous avons besoin d'un programme subventionné de recherche spécialisée qui intégrera la santé de la population, la politique et les programmes.

J'ai privilégié ces sujets parce que l'Association canadienne de gérontologie est essentiellement un organisme multidisciplinaire réunissant des chercheurs, des praticiens et d'autres personnes qui s'intéressent aux aînés, mais dont le mandat est essentiellement axé sur la recherche. Nous voulions attirer votre attention sur les trois points clés sur lesquels nous devons nous concentrer si nous voulons que la recherche passe au stade suivant.

Je tiens à vous remercier pour votre intérêt et pour le temps que vous nous consacrez. J'ai apporté suffisamment d'exemplaires de la *Revue canadienne du vieillissement* pour chacun d'entre vous.

Valerie J. White, directrice exécutive, Secrétariat des aînés, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse : Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invitée à témoigner. C'est avec grand plaisir que j'ai accepté d'être ici pour vous parler de la stratégie de la Nouvelle-Écosse intitulée « Strategy for Positive Aging » et pour vous aider de quelque façon que ce soit à accomplir cette tâche complexe et très importante que vous avez entreprise.

Mes remarques porteront sur les points suivants que l'on m'a demandé d'aborder : notre « Strategy for Positive Aging », exemple pratique de stratégie gouvernementale intersectorielle; la préparation de la stratégie; le contenu de la stratégie et notre processus de mise en œuvre. Et parce que ce sujet est directement lié à votre travail, je soulignerai la façon dont notre stratégie positionne les déterminants sociaux de la santé.

En premier lieu, notre stratégie révèle une approche intersectorielle. La structure unique du Secrétariat aux aînés en fait un partenaire idéal pour ce type de travail. Le secrétariat est régi par un comité de sept ministres présidé par le ministre

that cross-government collaboration is more than an activity for us: it is also the way we operate. Although the secretariat will soon become the department of seniors, the cabinet committee will remain in place.

In keeping with this collaborative approach, the strategy is a long-term guide for helping all sectors create senior-friendly communities and prepare for Nova Scotia's aging population.

The strategy released in December of 2005 was the first of its kind in Canada. British Columbia followed with a similar report late last year, and Newfoundland and Labrador is currently creating its framework. Needless to say, in Nova Scotia we are learning as we go. There are few jurisdictions we can look to for advice.

Preparation of the strategy involved an extensive consultation process, and a 22-member advisory committee guided the process, including creating a discussion paper which provided a draft framework. In total, more than 1,000 Nova Scotians were engaged in editing the framework through attendance at 34 public meetings and 11 stakeholder forums and through written submissions. Also, a comprehensive literature review involved about 400 reports and books representing provincial, national and international perspectives.

The main section of the strategy is the framework, which includes guiding principles, a vision, nine goals, and 190 societal actions. The strategy also contains the context and background to informed decision making and a section that highlights innovative initiatives being undertaken in other jurisdictions. The intent is to stimulate creative thinking and encourage fresh approaches.

The implementation phase is where the secretariat, as the lead agency, must also demonstrate creativity and find fresh approaches. This past year we have focused on communication activities. We knew that before wide ranges of sectors could use the strategy for their own planning, they first have to know it exists. We have had great success with this approach. Many NGOs have aligned their strategic plans with the strategy, including the Gerontology Association of Nova Scotia, the South Shore District Health Authority and other groups.

The strategy has also informed the work of other departments, such as the Department of Health's Continuing Care Strategy, the Department of Education's demographics study and a caregiver strategy currently being developed, another first in Canada. The secretariat has also seen a dramatic increase in requests for speaking engagements and invitations to participate in multi-stakeholder committees. This tells us that many people want to be part of implementing the strategy. The secretariat has developed a template for monitoring progress. We have

délégué aux Affaires des personnes âgées. Cela signifie que la collaboration intergouvernementale est plus qu'une activité pour nous, c'est la façon dont nous fonctionnons. Même si le secrétariat deviendra sous peu le ministère des Aînés, le comité du Cabinet demeurera en place.

Parce qu'elle maintient cette approche faite de collaboration, la stratégie constitue un guide à long terme pouvant aider tous les secteurs à créer des collectivités attentives au bien-être des aînés et à les préparer à s'adapter à la population vieillissante de la Nouvelle-Écosse.

La stratégie publiée en décembre 2005 fut la première de son genre au Canada. La Colombie-Britannique a présenté à son tour un rapport semblable l'année dernière et Terre-Neuve-et-Labrador participe actuellement à la création de leur cadre de référence. Il va sans dire qu'en Nouvelle-Écosse, nous en apprenons davantage chaque jour. Il y a peu de régions auxquelles nous pouvons nous adresser pour obtenir des conseils.

La préparation de la stratégie a exigé un long processus de consultation et un comité consultatif composé de 22 membres a conduit le processus à bon terme. Un document de travail a été publié pour inviter le public à participer directement à la révision du cadre de référence. En tout, plus de 1 000 Néo-Écossais ont participé à 34 assemblées publiques et à 11 forums d'intervenants et ont également fait part de leurs observations par écrit. De plus, nous avons procédé à une révision complète de la documentation comprenant environ 400 rapports et livres décrivant les perspectives sur le plan provincial, national et international.

La principale section de la stratégie est le cadre de référence qui comporte des lignes directrices, une vision, neuf objectifs et 190 actions sociétales. La stratégie contient également un contexte et des antécédents pour faciliter la prise de décisions ainsi qu'une section qui souligne les initiatives novatrices amorcées dans d'autres régions. L'intention est de stimuler la pensée créative et de favoriser les nouvelles approches.

L'étape de la mise en œuvre est celle où le secrétariat, à titre d'organisme responsable, doit également démontrer sa créativité et trouver de nouvelles approches. Au cours de la dernière année, nos activités ont essentiellement porté sur la communication. Nous savions que si un vaste ensemble de secteurs voulaient y recourir pour leur propre planification, ils devaient d'abord savoir qu'elle existe. Cette approche nous a été très bénéfique. Plusieurs ONG ont élaboré leur plan stratégique à partir de la stratégie. C'est le cas par exemple de la Gerontology Association of Nova Scotia, de la South Shore District Health Authority et d'autres groupes.

La stratégie a également influencé et facilité le travail d'autres ministères tels que le ministère de la Santé dans sa stratégie de soins continus, le ministère de l'Éducation dans son étude démographique et dans une stratégie pour les fournisseurs de soins, toutes en cours d'élaboration et qui font figure de premières au Canada. Le secrétariat a également connu une hausse spectaculaire de demandes pour la participation de conférenciers et d'invitations à siéger à des comités regroupant différents intervenants. Ceci nous indique que beaucoup de gens veulent

used a wide variety of sources to capture many of the activities going on across the province.

The secretariat is also leading the creation of the provincial government's Action Plan for Positive Aging. The first meeting of the interdepartmental working group was held two weeks ago, and we hope to have a draft completed by April 2008. The group is currently updating the progress template to ensure it fully captures the work of government since the strategy's release, and they are reviewing the 190 societal actions to identify which are the responsibility of the provincial government and for which others the government might be able to play a role in advancing. We also asked them to prioritize government actions based on cost savings, ease of implementation, ability to improve independence and well-being, ability to reduce projected demand on government, and potential for collaboration.

Before diving into the action plan, we intend to involve the group in scenario planning. This has been done only once in the Nova Scotia government — around the topic of energy and the economy. It proved successful by giving participants a thorough understanding of the many drivers that influence change and by enabling them to focus on what is within their power to control. Coincidentally, after we decided to do scenario planning around population aging, we discovered that Scotland did it last year as part of creating a discussion paper called *Growing Older and Wiser together*.

As I said, we are learning as we go. To date, an unresolved part of implementing the strategy has been creating a mechanism to engage non-government sectors.

Looking again to Scotland, we see they recently created a national forum on aging to provide advice and assistance to all sectors in developing their responses to a strategy in a document called *All Our Futures: Planning for a Scotland with an Ageing Population*, which was released two months ago. We are looking closely at this, and just last week our Minister of Seniors attended a conference in Scotland and met with officials there to discuss their approach.

Finally, the secretariat itself has identified several areas where we are ideally suited to lead the development of initiatives that will see progress on a large number of actions.

I will wrap up now with a few words on how the strategy positions the social determinants of health. As these are represented throughout the strategy, we decided to include them as an overarching theme. However, we soon discovered that Nova Scotia lacked an agreed-upon definition and other definitions, including those used by Health Canada, lacked important elements that the strategy addresses. We dug deeper and found

participer à la mise en œuvre de la stratégie. Le secrétariat a conçu un modèle pour suivre les progrès. Nous avons consulté une grande variété de sources afin de nous informer sur un grand nombre d'activités en cours dans la province.

Le secrétariat gère également l'élaboration du plan d'action « Positive Aging » du gouvernement provincial. Nous avons tenu notre première réunion du groupe de travail interministériel il y a deux semaines et espérons vous présenter une version provisoire d'ici le mois d'avril 2008. Le groupe procède actuellement à la mise à jour du modèle de suivi des progrès accomplis afin d'assurer qu'il décrit parfaitement le travail du gouvernement depuis le dévoilement de la stratégie. De plus, le groupe étudie les 190 actions sociétales afin de déterminer lesquelles relèvent du gouvernement provincial et celles dans lesquelles le gouvernement pourrait intervenir pour les faire avancer. Nous avons demandé par ailleurs au groupe de classer les actions du gouvernement selon un ordre de priorité tenant compte de l'économie de coûts, de la facilité de mise en œuvre, de la capacité d'accroître l'autonomie et le bien-être, de la capacité de diminuer la demande auprès du gouvernement et de la possibilité de collaboration.

Toutefois, avant de plonger dans le plan d'action, nous prévoyons faire participer le groupe à la planification du scénario. Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse n'a recouru qu'une seule fois à cette mesure pour des sujets touchant l'énergie et l'économie. La formule s'est révélée bénéfique, car elle a permis aux participants de saisir à fond tous les facteurs qui influencent le changement et de se concentrer sur ce qu'ils ont le pouvoir d'accomplir. À ce moment, c'est-à-dire après que nous avons décidé de faire une planification de scénario portant sur la population vieillissante, nous avons appris que l'Écosse avait fait de même l'année dernière dans le cadre de l'élaboration d'un document de travail intitulé *Growing Older and Wiser together*.

Comme je l'ai mentionné plus tôt, nous en apprenons davantage chaque jour. Jusqu'à maintenant, l'aspect non résolu de la mise en œuvre de la stratégie a été de créer un mécanisme pour faire participer les secteurs non gouvernementaux.

Nous avons appris récemment que l'Écosse avait créé un forum national sur le vieillissement dans le but de fournir des conseils et de l'aide à tous les secteurs qui participent à l'élaboration de la stratégie dans un document intitulé *All Our Futures : Planning for a Scotland with an Ageing Population*, qui a été dévoilé il y a deux mois. Nous étudions attentivement cette stratégie et, la semaine dernière, notre ministre responsable des personnes âgées a assisté à une conférence en Écosse et a rencontré les agents responsables pour discuter avec eux de leur approche.

Finalement, le secrétariat a ciblé plusieurs domaines pour lesquels nous sommes parfaitement habilités à élaborer les initiatives qui sauront faire avancer bon nombre d'actions.

Avant de conclure, j'aimerais aborder la façon dont la stratégie positionne les déterminants sociaux de la santé. Parce que les déterminants font partie intégrante de l'ensemble de la stratégie, nous avons décidé d'en faire un thème très important. Toutefois, nous avons été déçus de constater que la Nouvelle-Écosse n'en a pas de définition convenue. Quant aux autres définitions, dont celles qu'utilise Santé Canada, elles ne contiennent pas les

a description developed by the World Health Organization. We were pleased with how well this fit with our strategy. We were also impressed that they included transportation, which was the most talked about issue at consultation meetings. We liked that this description expands understanding around the issue of income by moving away from poor versus rich to talk about social gradient.

In conclusion, I want to note that Nova Scotia is in the unenviable place of being the second-oldest population in Canada and having among the highest chronic disease rates in the country. Because of this, our province is ideally positioned to pilot innovations and try new approaches. We hope the Strategy for Positive Aging is helping to lead the way. We invite everyone to work with us to advance our vision of an inclusive society of caring communities that supports the well-being of seniors and values their contributions.

I hope that as we chat I can focus on some of the actions that have already taken place and some of the initiatives we are working on in this coming year.

The Chairman: Thank you very much, Ms. White. The great thing about Canada is the fact that we have the large and small provinces and the large and small cities, and models that cannot be put together in some of the large provinces get put together in the small ones, and you are a classic example.

[Translation]

Dr. André Davignon, founder, Observatory on Ageing and Society (OAS): Mr. Chairman, I would like to thank you on behalf of the Observatory on Ageing and Society for the opportunity to appear before this prestigious committee, whose mandate is to study social determinants, which is exactly the mandate that the Observatory on Ageing and Society has adopted. We are a federally incorporated non-profit organization, and so we are entirely independent. We are able to speak freely.

Second, I can also speak freely because I am the oldest person here. I have lived as a retired senior, and I have experienced it all.

[English]

I will give you just a few anecdotes to wake up everybody. One day I was walking in my new hospital, which is a hospital for old people, and in the corridor a nurse stopped and asked, "Are you looking for your bed?" No. "Then you must be looking for admissions?" No. "Then I am sure you are looking for your wife's bed?" No. She said, "What are you doing here?" I told her, "I am in research; I have an office here."

éléments importants sur lesquels porte la stratégie. Nous avons donc poussé notre recherche et trouvé une description rédigée par l'Organisation mondiale de la santé. Cette description convient très bien à notre stratégie. Nous avons aussi été impressionnés par le fait qu'elle traite de transport, le point dont il a été le plus question dans le processus de consultation. Nous avons aimé le fait qu'elle décrive très bien la notion de revenu en ne traitant pas les classes sociales sur le plan de la pauvreté ou de la richesse.

Pour conclure, j'aimerais faire remarquer que la Nouvelle-Écosse détient la place non enviable de deuxième province en importance ayant la population la plus âgée au Canada et celle dont le taux de maladies chroniques est le plus élevé au pays. Pour ces raisons, notre province est en position idéale pour stimuler des innovations et essayer de nouvelles approches. Nous espérons que la Stratégie pour le vieillissement positif aidera à y arriver. Nous vous invitons également à travailler conjointement avec nous pour faire avancer notre vision d'une société inclusive composée de collectivités attentives au bien-être des aînés et sensibles à la valeur de leur contribution.

J'espère qu'au cours de la discussion, j'aurai l'occasion de parler des mesures que nous avons déjà mises en place et de certaines initiatives auxquelles nous travaillerons au cours de l'année à venir.

Le président : Merci beaucoup, madame White. Ce qui a d'extraordinaire au Canada, c'est que nous avons des grandes et des petites provinces et des grandes et des petites villes et que les modèles qui ne peuvent pas être mis en place dans certaines grandes provinces peuvent l'être dans les petites. La Nouvelle-Écosse en est le parfait exemple.

[Français]

Dr André Davignon, fondateur, Observatoire Vieillessement et Société (OVS) : Monsieur le président, je vous remercie au nom de l'Observatoire Vieillessement et Société de comparaître devant votre prestigieux comité dont le mandat d'étudier les déterminants sociaux est exactement le mandat que l'Observatoire Vieillessement et société s'est fixé. Nous sommes une organisation à but non lucratif avec une charte fédérale, donc totalement indépendante de tout. Nous pouvons parler librement.

Deuxièmement, je peux encore parler librement parce que je suis le plus vieux ici. J'ai vécu le statut d'une personne âgée à sa retraite, j'ai tout connu.

[Traduction]

Permettez-moi de vous présenter quelques anecdotes qui vont vous faire réfléchir. Un jour que je me déplaçais dans mon nouvel hôpital, un hôpital pour les personnes âgées, une infirmière m'arrête dans le couloir et me demande si je cherchais mon lit. Je lui réponds que non. « Alors, vous voulez vous rendre aux admissions? » Non. « Vous cherchez peut-être alors le lit de votre femme? » Non. « Mais dans ce cas-là, que faites-vous ici? » Je lui ai répondu que je faisais de la recherche à l'hôpital et que je me dirigeais vers mon bureau.

A few months later I got in the elevator followed by a technician. I punched floor four, and she punched floor four, and when the door opened she looked at me and said, "The fourth floor is exactly here, take care, straight ahead, right in front of you."

Here is an even worse story. My close friend, age 73, was putting shingles on his roof. He fell down and broke a bone in his neck and his neck started to swell. He was choking. His wife called 9-1-1 and we brought him to the emergency of a large hospital. They intubated him. The young resident looked at the chart and said to the anaesthetist, "He is 73 years old; why do we not let him go?" I am reporting real facts.

All this is our manifestation of something I call ageism. I was looking for a common denominator, and it is ageism. I have suffered ageism, and I have heard of others suffering the same. At our lookout post, the observatory, that is the common complaint right now.

[Translation]

What are the social determinants of health? Certainly they include psychological determinants. A person who enjoys good social health will be happy to be alive, to be here, to do exercises and take his or her medications. If a person is not depressed, his or her immune system will be stronger and the person will therefore live longer and be happier. It is therefore fundamentally important that people be happy.

Unfortunately, our society tends to devalue seniors. It is absolutely necessary that all governments, at all levels, tackle the social stereotypes that are used against seniors and perpetuated by the media. A 70-year-old man has an accident, and immediately the newspapers are asking whether 70-year-olds should be allowed to drive.

Those are some of the social stereotypes. We are expensive. We are going to ruin federal programs, the federal government and the provincial government as well. I have read this. Our pension funds will be bankrupted. We are ruining society. We are useless. We consume 44 per cent of prescription drugs even though we are only 12 per cent of the population. We not particularly competent at work. We learn less. We are incapable of learning new techniques. We are a danger to the public on the roads. Seniors are not a new visible minority. These days, there is a tendency to designate seniors the way racism, ageism and feminism were designated in the past. I get the feeling, as a senior, that we too often have fingers pointed at us, and I do not like it.

How can we combat these stereotypes? I have a few points to make on that. Seniors must be given a feeling of social belonging, or be given that feeling back; they must be shown that they are not useless. Someone who feels socially useless will die, that is a certainty. The first thing is that they have to be asked for their opinions. Not much is said about asking seniors for their opinions. It is essential that they be consulted. That is the urgent

Quelques mois plus tard, je prenais l'ascenseur, suivi par une technicienne. J'appuie sur le bouton du quatrième étage, elle fait de même et lorsque les portes s'ouvrent, elle s'adresse à moi et me dit : « Nous sommes arrivés au quatrième étage. Faites attention, c'est tout droit devant vous. »

Mais voici une histoire encore bien pire. J'ai un ami de 73 ans qui avait décidé d'installer des bardeaux sur son toit. Il est tombé et s'est brisé un os du cou. Le cou a commencé à enfler, gênant de plus en plus sa respiration. Sa femme a composé le 9-1-1 et il a été transporté à l'urgence d'un grand hôpital. Là-bas, on l'a intubé et le jeune interne, consultant son dossier a demandé à l'anesthésiste : « Il a 73 ans; pourquoi ne le laisse-t-on pas mourir? » Ce que je vous raconte là est tout à fait authentique.

Toutes ces attitudes sont des manifestations de ce que j'appelle l'âgeisme. Je cherchais un dénominateur commun et c'est l'âgeisme. J'ai été victime d'âgeisme et je ne suis pas le seul. C'est une plainte que reçoit couramment l'Observatoire qui est notre poste d'observation de la société.

[Français]

Quels sont les déterminants sociaux de la santé? Ce sont des déterminants psychologiques sûrement. Quelqu'un qui est en bonne santé sociale sera heureux de vivre, de rester là, de faire des exercices et de prendre ses médicaments. S'il n'est pas déprimé, sa résistance immunitaire sera plus élevée, il vivra donc plus longtemps et sera plus heureux. Il est donc fondamental que les gens soient heureux.

Malheureusement, notre société tend à dévaloriser la personne âgée. Il est absolument nécessaire que tous les gouvernements, à tous les niveaux, s'attaquent aux stéréotypes sociaux dont la personne âgée est victime. Entretenu par les médias, un homme de 70 ans a un accident et tout de suite on peut lire dans les journaux si on doit permettre aux gens des 70 ans de conduire.

Voici quelques stéréotypes sociaux. On coûte cher. On va ruiner les programmes fédéraux, le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial aussi. Je l'ai lu. Nos pensions vont faire faillite. On ruine la société. On ne sert à rien. On consomme 44 p. 100 des médicaments même si on est que 12 p. 100 de la population. On est plus ou moins apte au travail. On apprend moins. On est incapable d'apprendre les nouvelles techniques. On est un danger public sur la route. Les personnes âgées ne sont pas une nouvelle minorité visible. De nos jours, on a tendance à désigner les personnes âgées comme autrefois on désignait le racisme, l'âgeisme, le féminisme. J'ai le sentiment, en tant que personne âgée, qu'on nous montre trop du doigt et je n'aime pas cela.

Comment combattre ces stéréotypes? J'ai quelques points à vous donner. Il faut donner ou redonner aux personnes âgées un sentiment d'appartenance sociale, leur démontrer qu'elles ne sont pas inutiles. Quelqu'un qui se sent socialement inutile meurt, c'est certain. Il faut d'abord leur demander leur opinion. Très peu on mentionné de demander l'opinion des personnes âgées. Il faut absolument les consulter. C'est le cri du cœur qui nous vient de

message we hear on all sides: "Consult us and ask us what we want." The decision-makers decide, and the people who carry out the decisions carry them out, and seniors live with the consequences.

The value of their social contribution has to be recognized. Seniors have a fantastic social contribution to make, if we think about the arts, cultural heritage, the work world. Take volunteer work — billions of dollars worth of volunteer work is done by seniors.

Should we consider tax credits or other approaches to encourage volunteer work? Seniors can play a fantastic role in finance. The wealthiest people in Canada are seniors. They still have something to contribute. I am thinking of Mr. Desmarais, for example. We have to recognize the value of their social contribution, and provide them with security.

Given the ageism that exists, seniors have to be provided with security by making it possible for them to keep working. As our review of teaching showed, seniors are capable of learning. Programs have to be designed to teach seniors the techniques that will enable them to stay in the workplace. They have to be given assistance to combat isolation. Social isolation is the big problem for seniors.

We have not talked a lot about intergenerational relationships. This is a very important aspect.

Health problems are also a matter of concern for seniors. We have to give them ready access to medications and to catastrophic health insurance. It is appalling to learn that a person is not covered by federal social programs when a catastrophic health event occurs. There is no room in the hospitals. Private hospital care costs a fortune, sometimes \$5,000 to \$10,000 a month. These costs can ruin a family. There should be federal or provincial programs to provide these people with insurance.

Then we have legal assistance. Seniors are victimized by all sorts of exploitive legal scams. A major association has just joined the OAS: the National Institute of Law, Policy and Aging. The purpose of that organization will be to offer free legal advice to seniors. Obviously, this will all require an evaluation and research.

Last spring, a regional report was prepared by the Atelier régional des aînés du Québec on research done by the CIHR. You have undoubtedly received a copy. They ask that social research be prioritized, not at the expense of other research, but that it be encouraged. This will have a positive effect on seniors' psychological health.

To keep seniors in good social health, we have to listen to them, recognize the value of their contributions, use their skills and provide them with security.

Senator Pépin: Dr. Davignon, we are pleased to have you with us today.

partout « consultez-nous et demandez-nous ce qu'on veut. » Les décideurs décident et ceux qui appliquent, appliquent et la personne âgée subit.

Il faut valoriser leur apport social. Les personnes âgées ont un apport social fantastique. Pensons aux arts, le patrimoine culturel, le travail. Prenons le bénévolat, il y en a pour des milliards de dollars en travail bénévole donné par les personnes âgées.

Doit-on envisager des crédits d'impôt ou quelques autres formules pour encourager le bénévolat? Les personnes âgées ont un rôle fantastique dans la finance. Les personnes les plus riches du Canada sont les personnes âgées. Ils ont quand même un certain apport. Je pense à M. Desmarais entre autres. Il faut les valoriser dans leur apport social et les sécuriser.

Les personnes âgées, devant cet âgisme, doivent être sécurisées en favorisant le maintien au travail. Comme notre examen de l'enseignement l'a démontré, les personnes âgées sont capables d'apprendre. Les programmes doivent être conçus pour apprendre aux personnes âgées les techniques qui vont leur permettre de se maintenir dans le milieu du travail. Il faut les aider à combattre l'isolement. L'isolement social est le grand problème des personnes âgées.

Nous n'avons pas beaucoup parlé des relations intergénérationnelles. Cet aspect est très important.

Les problèmes de santé leur posent également plusieurs inquiétudes. On doit leur donner un accès facile aux médicaments, aux assurances contre les catastrophes. Il est épouvantable d'apprendre qu'une personne ne soit pas couverte par les programmes sociaux fédéraux lorsque survient une catastrophe de santé. Il n'y a pas de place dans les hôpitaux. L'hospitalisation privée coûte une fortune, parfois 5 000 \$ à 10 000 \$ par mois. Ces coûts peuvent ruiner une famille. Il faudrait des programmes fédéraux ou provinciaux pour assurer ces gens.

Parlons de l'assistance juridique. Les personnes âgées sont victimes de toutes sortes de conspirations légales d'exploiteurs. Une association importante vient de se joindre à l'OVS. Il s'agit du National Institute of Law, Policy and Aging. Cet organisme aura pour but de donner des conseils légaux gratuits aux personnes âgées. Évidemment, tout ceci demande une évaluation et de la recherche.

Au printemps dernier, un rapport régional fut préparé par l'Atelier régional des aînés du Québec sur la recherche des IRSC. Vous en avez sans doute reçu un exemplaire. On demande de valoriser la recherche à caractère social, non pas aux dépens d'autres recherches, mais en les encourageant. C'est ce qui va favoriser la santé psychologique des personnes âgées.

Pour maintenir les personnes âgées en bonne santé sociale, il faut les écouter, les valoriser, les utiliser et les sécuriser.

Le sénateur Pépin : Docteur Davignon, c'est avec plaisir que nous vous accueillons.

You have highlighted the most important points involved in maintaining seniors' social health: listening to them, recognizing the value of their contributions, using their skills and providing them with security. What are the main barriers to achieving those objectives?

Dr. Davignon: The first thing we have to do is consult seniors. Quebec has an extraordinary structure that does not exist elsewhere in Canada, to my knowledge.

There are 5,000 or 6,000 seniors' associations in Quebec that are organized into regional coordinating bodies. There are 17 of those, one association per administrative region. They in turn belong to a regional conference, in which the OAS is a leading partner. The president and executive of the conference speak directly to the minister on behalf of 1.1 million people.

The goal is to listen. No matter what message seniors want to send, it goes directly to the government.

Let me quote a passage from a speech given by Jean Charest on May 9:

As the population ages, we are seeing the emergence of a new phenomenon. A growing number of active seniors who are still in good health are wanting to keep working, at their own pace.

I want to recognize their contribution. They have experience and wisdom. We are going to facilitate gradual retirement for them. Discussions are already underway with the federal government to organize the tax rules that will apply.

There you have one approach to solving the problem.

Where did Mr. Charest get this idea? I do not want to say that it was from me, but it comes in part from the OAS. I do not know how to answer your questions in any greater detail.

Senator Pépin: Perhaps the Quebec model could be used in the other provinces?

Dr. Davignon: Absolutely.

Senator Pépin: You told us that they are consulted regularly.

Dr. Davignon: The federal government should encourage seniors' associations to organize themselves into umbrella groups. That way, they would be speaking with one voice, for each province.

Do you know how much this project cost in Quebec? Ms. Marois told the thousands of associations to organize themselves into coordinating bodies and gave them \$15,000 a year, per administrative region. The amount has gone up to \$20,000 a year today, per administrative region. The system works very well.

Senator Pépin: You have talked about the most important things. But let us come back to isolation.

Vous nous avez souligné les points les plus importants pour maintenir la santé sociale des personnes âgées, soit de les écouter, les valoriser, les utiliser et de les sécuriser. Quelles sont les principales difficultés qui empêchent d'atteindre ces objectifs?

Dr Davignon : Il faut tout d'abord consulter les personnes âgées. Le Québec possède une structure extraordinaire qui n'existe pas, à ma connaissance, ailleurs au Canada.

Les 5 000 ou 6 000 associations de personnes âgées au Québec sont regroupées en tables de concertation régionale. Il en existe 17, soit une association par région administrative. Elles sont regroupées en une conférence des tables de concertation, dont l'OVS est partenaire privilégié. Le président et l'exécutif de cette conférence s'adressent directement au ministre au nom de 1,1 million de personnes.

Le but est d'écouter. N'importe quel message que les personnes âgées désirent faire entendre va directement au gouvernement.

Laissez-moi vous citer un extrait du discours de Jean Charest prononcé le 9 mai dernier :

Avec le vieillissement de la population, nous voyons apparaître un nouveau phénomène. Un nombre grandissant d'ainés actifs et en bonne santé qui veulent continuer à travailler, à leur rythme.

Je veux valoriser leur apport. Ils sont expérience et sagesse. Pour eux, nous allons faciliter la retraite progressive. Des discussions sont déjà en cours avec le gouvernement fédéral pour aménager la réglementation fiscale.

Vous avez là une voie de solution.

Qui a inspiré M. Charest? Je ne veux pas dire que c'est moi, mais cela vient en partie de l'OVS. Je ne sais pas comment répondre plus en détail à vos questions.

Le sénateur Pépin : Peut-être que le modèle québécois pourrait être utilisé dans les autres provinces?

Dr Davignon : Absolument.

Le sénateur Pépin : Vous nous dites qu'ils sont en consultation régulièrement.

Dr Davignon : Le gouvernement fédéral devrait favoriser la structuration des associations de personnes âgées en groupements. Ainsi, ils parleraient d'une seule voix, une par province.

Vous savez combien ce projet a coûté au Québec? Madame Marois a dit aux milliers d'associations de se regrouper en tables de concertation et leur a versé 15 000 \$ par année, par région administrative. Le montant aujourd'hui s'élève à 20 000 \$ par année, par région administrative. Le système fonctionne très bien.

Le sénateur Pépin : Vous nous avez parlé des choses les plus importantes. Mais revenons à l'isolement.

People who are living in their own homes or in an institution will feel isolated. Could you tell us what the most important factors in relation to our seniors' mental health are, that could be remedied? We need to consult them.

Dr. Davignon: Less than 5 per cent of the population suffers from isolation in institutions.

Senator Pépin: Seniors living in apartments are often isolated.

Dr. Davignon: The main problem is isolation in their own homes. That phenomenon takes all sorts of forms in Quebec.

These days, we often talk about the importance of intergenerational relationships. Grandchildren going to see their grandparents. We want to encourage family relationships and recognize the role of natural helpers.

I had to have an operation. I was told to go to the hospital. The surgeon discharged me one day later and told me that I would need home help. That was no problem for me, because my sister-in-law came in. If I had been all alone, I would not have been able to do it. My sister-in-law has financial resources. That is not always the case, however. We have to support natural helpers by compensating them for lost time, giving them tax credits or some kind of financial assistance so that they are able to provide this help.

Senator Pépin: Yesterday, we received a document stating that a \$500 tax reduction is going to be offered to helpers and volunteers looking after seniors or people who are sick.

Dr. Davignon: I agree, but that provision does not apply to parents. Certainly a wife has a responsibility to take care of her husband. Parents and maybe even cousins should be included. But we need to define who a natural helper is, and I hope that the regulations will do that.

[English]

Senator Cochrane: Dr. Davignon, thank you for coming. I am very glad to have you all here. I have heard many times about how medical personnel feel about treating seniors.

Dr. Davignon: Pardon?

Senator Cochrane: About how medical personnel feel about seniors.

Dr. Davignon: We were doctors, yes.

Senator Cochrane: I have heard the same story you told us about this gentleman who was 73 years old and how they felt about him. I have heard stories like that many times, and sometimes I question myself: Is this for real? Is it true?

Dr. Davignon: It is for real.

Senator Cochrane: How can we change that? Do you have any ideas?

La personne qui réside chez elle ou en institution va se sentir isolée. Pourriez-vous nous donner les facteurs les plus importants touchant la santé mentale de nos aînés, qui pourraient être corrigés? Il faut les consulter.

Dr Davignon : Moins de 5 p. 100 de la population subit l'isolement en institution.

Le sénateur Pépin : Les personnes âgées vivant en appartement sont souvent isolées.

Dr Davignon : Le problème principal, c'est l'isolement chez soi. Ce phénomène prend au Québec toutes sortes de formes.

On parle souvent aujourd'hui de l'importance des relations intergénérationnelles. Les petits-enfants vont voir leurs grands-parents. On veut encourager les relations familiales et valoriser le rôle des aidants naturels.

J'ai dû subir une opération. On m'a dit de me rendre à l'hôpital. Le chirurgien m'a donné le congé une journée plus tard et m'a dit que j'aurais besoin d'aide à la maison. Cela ne m'a pas causé de problème, car ma belle-sœur est venue. Tout seul, je n'en aurais pas été capable. Ma belle-sœur a les moyens financiers. Toutefois, il arrive que ce ne soit pas le cas. Il faut supporter les aidants naturels en leur donnant une compensation pour le temps perdu, des crédits d'impôt ou une aide financière quelconque pour leur permettre d'offrir cette aide.

Le sénateur Pépin : Hier, nous avons reçu un document indiquant que désormais 500 \$ de réductions d'impôts seront offerts aux aidants et aux bénévoles qui s'occupent des personnes âgées ou des gens malades.

Dr Davignon : J'en conviens, mais cette provision ne s'applique pas aux parents. L'épouse bien sûr a cette responsabilité de prendre soin de son conjoint. Les parents et peut-être même les cousins devraient être inclus. Mais il faudrait définir ce qu'est un aidant naturel, et j'espère que le règlement va le faire.

[Traduction]

Le sénateur Cochrane : Docteur Davignon, merci d'être venu. Je suis très heureuse que vous soyez tous là. J'ai souvent entendu parler de l'attitude du personnel médical à l'égard des personnes âgées.

Dr Davignon : Pardon?

Le sénateur Cochrane : L'attitude du personnel médical à l'égard des personnes âgées.

Dr Davignon : Oui, nous étions médecins.

Le sénateur Cochrane : J'ai déjà entendu une anecdote semblable à celle de votre ami de 73 ans qui rapportait l'attitude du personnel médical à son égard. J'ai souvent entendu des histoires pareilles et parfois je me demande si c'est vrai ou faux.

Dr Davignon : C'est tout à fait vrai.

Le sénateur Cochrane : Comment faire évoluer les mentalités? Avez-vous des idées à proposer?

Dr. Davignon: Through medical education, medical minds.

I will give you another anecdote. A friend of mine, a nice lady from Outremont, is 80 years old. She was driving and she felt palpitations so she went to the hospital. The young intern started examining her and said, "Madam, do you want to be resuscitated if your heart stops?" She said, "What the hell, why?" He said, "Because the policy of this institution is that after age 80 we do not resuscitate and we do not tell the patient, but you look quite lucid so I will do something if something happens."

There was an article about this in a Canadian medical journal about four years ago. Did you know that in Cartierville you only have to be 75 and that at another hospital in Montreal there is no age? The people know: go there and they will help you. It is a joke, black humour, but it exists. You have to change the mentality.

Senator Cochrane: Terrible.

Dr. Davignon: We are not done; I do not feel like we are done.

Senator Cochrane: Ms. White, within the strategies you are developing, do you have seniors involved? I am sure that many of my senator friends know that no matter what topic we are talking about, whether autism, seniors or whatever, my philosophy is that I want the individuals involved in the decision making. Tell me, do you have them involved in your strategy?

Ms. White: We have them involved in more than our strategy; they advise the secretariat. There are nine provincial seniors' organizations in Nova Scotia and those organizations also relate to similar national organizations or bodies. We bring them together on a monthly basis to talk about a wide range of issues. They are at the policy table and they advise the Minister of Health on two specific areas, pharmacare and long-term care. There are two people from each organization and when they meet we cover the costs to bring them together.

Of the 22 members on the planning committee for the strategy, I would say the majority of people were in the retired age range, and then we had other people with professional skills and so on.

I agree with you that if seniors are not at the policy table then you are missing the boat.

Senator Cochrane: I am glad to hear that.

The Chairman: By the way, Dr. Davignon, the next questioner is Senator Nancy Ruth; she is a doctor also.

Dr Davignon : Je propose une éducation médicale, un esprit médical.

Je vais vous raconter une autre anecdote. Une de mes amies, une charmante femme de 80 ans qui habite Outremont était au volant de sa voiture lorsqu'elle a senti des palpitations. Elle a décidé de se rendre à l'hôpital immédiatement. Le jeune interne qui a commencé à l'examiner lui a demandé : « Madame, souhaitez-vous que l'on vous réanime si vous faites un arrêt cardiaque? » « Mais qu'est-ce que vous voulez dire? » lui a-t-elle demandé. Il lui a répondu : « Notre établissement a pour principe de ne pas réanimer les patients de plus de 80 ans. Normalement, on ne le mentionne pas aux patients, mais comme vous avez l'air tout à fait lucide, je crois que j'essaierais de vous réanimer s'il se passe quelque chose. »

Il y a quatre ans environ, le journal de l'Association médicale canadienne a fait paraître un article à ce sujet. Saviez-vous qu'à Cartierville, on ne réanime pas les patients de plus de 75 ans et que dans un autre hôpital de Montréal, l'âge n'entre même pas en considération? Les gens disent à la blague : « Allez là-bas, on vous aidera ». Évidemment, c'est de l'humour noir, mais cela existe. Il faut changer les mentalités.

Le sénateur Cochrane : C'est terrible.

Dr Davignon : Nous ne sommes pas déclassés; je n'ai pas l'impression que les aînés sont déclassés.

Le sénateur Cochrane : Madame White, faites-vous appel à des aînés pour l'élaboration de vos stratégies? Je suis sûre que bon nombre de mes amis sénateurs savent que je tiens absolument à ce que les gens participent au processus de décision, que le sujet abordé soit l'autisme, les personnes âgées ou d'autres sujets. Dites-moi si vous faites participer les aînés à votre stratégie.

Mme White : Leur participation ne se limite pas à notre stratégie; ils conseillent le secrétariat. On compte en Nouvelle-Écosse neuf organismes provinciaux de personnes âgées qui sont également en lien avec des organismes nationaux analogues. Nous les réunissons une fois par mois pour aborder une très large gamme de sujets. Ils prennent part à l'élaboration des politiques et conseillent le ministre de la Santé dans deux domaines précis, l'assurance-médicaments et les soins de longue durée. Il y a deux représentants de chaque organisme et lorsque nous nous rencontrons, nous prenons en charge les frais de déplacement.

Parmi les 22 membres du comité de planification de la stratégie, je dirais que la majorité sont des gens qui ont l'âge de la retraite et nous accueillons également d'autres personnes qui ont des compétences professionnelles.

Je suis convaincue, comme vous, que l'on manque une occasion si l'on n'invite pas les aînés à participer à l'élaboration des politiques.

Le sénateur Cochrane : Je suis contente de vous l'entendre dire.

Le président : En passant, docteur Davignon, le prochain sénateur à vous poser des questions est également médecin; il s'agit du sénateur Nancy Ruth.

Senator Nancy Ruth: There is a new federal ministry of seniors and a new minister appointed. You said you have seven ministers overseeing your work. Have any of you had links to the new ministry and, if so, have they been reaching out to you? What is happening?

Ms. White: It is my understanding that that is a fairly recent announcement. Maybe Ms. Gillis can speak to that better.

We work closely with the federal government in a number of ways, with the federal-province-territorial work that we do with health development and with the Public Health Agency of Canada, so it will be interesting to see what this new announcement will mean. We absolutely have to and would want to work closely together.

Senator Nancy Ruth: Are you doing anything to push the agenda for the federal minister?

Ms. White: Yes, we are. At the FPT level there are a number of areas we are pushing, and this also relates to a previous question about the barriers to encouraging older people to work. Pension reform is at the top of the list. Without pension reform, where do you build in the incentives for people to work beyond retirement if they wish to work? That is a key issue on the FPT agenda.

We are also working together on a number of other issues: falls prevention; elder abuse prevention strategies; and healthy, active living, looking at the prevention side. Those are all joint initiatives where we are working closely with the federal government and all the other ministers responsible for seniors.

Senator Nancy Ruth: Have you heard anything from the minister or the new ministry?

Mr. Rosenberg: My understanding is that the president of the Canadian Association on Gerontology, Sandra Hirst, is to sit on the new panel, but as far as I understand they are just ramping up their activities.

I think the positive point from our perspective is the fact that we will be at the table and will have the opportunity to promote research on Canada's aging population.

Ms. Gillis: Senator Marjory LeBreton is now the secretary of state responsible for seniors. The department that assists her in that role is HRSDC, with Minister Solberg, the Minister of Human Resources and Social Development. This work is happening through the creation of the new National Seniors Council with Mr. Soulière as the chair, which was announced last month. Mr. Soulière is also the head of the Congress of National Seniors' Organizations.

Le sénateur Nancy Ruth : Il y a un nouveau ministère fédéral des Aînés et un nouveau ministre a été nommé. Vous avez dit que sept ministres supervisent votre travail. Quelqu'un d'entre vous a-t-il des liens avec le nouveau ministère et, dans l'affirmative, est-ce que les représentants du nouveau ministère ont pris contact avec vous? Que se passe-t-il?

Mme White : Je crois que l'annonce de la création de ce ministère est relativement récente. Peut-être que Mme Gillis sera mieux à même de vous en parler.

Nous collaborons étroitement avec le gouvernement fédéral sur plusieurs plans, dans le cadre de la concertation fédérale-provinciale-territoriale en matière de développement de la santé, ainsi qu'avec l'Agence de santé publique du Canada. Par conséquent, il serait intéressant de voir ce qu'apportera la création de ce nouveau ministère. Nous devons absolument travailler en étroite collaboration et nous souhaitons ardemment le faire.

Le sénateur Nancy Ruth : Est-ce que vous suggérez des dossiers au ministre fédéral?

Mme White : Absolument. Au niveau fédéral-provincial-territorial, nous faisons la promotion de plusieurs dossiers. Cela nous ramène également à une question antérieure concernant les obstacles que rencontrent les aînés qui souhaitent continuer à travailler. La réforme des pensions est au sommet de la liste. Sans réforme des pensions, comment offrir des incitatifs aux gens qui souhaitent travailler après avoir atteint l'âge de la retraite? C'est une question importante à l'ordre du jour fédéral-provincial-territorial.

Nous travaillons également sur un certain nombre d'autres dossiers : la prévention des chutes; les stratégies de prévention des mauvais traitements aux aînés; et la promotion d'une vie saine et active mettant l'accent sur la prévention. Ce sont là des initiatives conjointes qui nous amènent à travailler en étroite collaboration avec le gouvernement fédéral et tous les ministres délégués aux affaires des aînés.

Le sénateur Nancy Ruth : Le ministre ou le nouveau ministère se sont-ils manifestés?

M. Rosenberg : Je crois que la présidente de l'Association canadienne de gérontologie, Sandra Hirst, doit siéger au nouveau groupe d'experts, mais pour le moment, ils sont en train de planifier leurs activités.

Le point positif, quant à nous, est que nous serons invités à la table de concertation et que nous aurons ainsi l'occasion de promouvoir la recherche sur la population vieillissante du Canada.

Mme Gillis : Le sénateur Marjory LeBreton est désormais secrétaire d'État responsable des aînés. Le ministère qui l'assiste dans ses fonctions est RHDS, dirigé par le ministre Solberg, le ministre des Ressources humaines et du Développement social. Tout cela est rendu possible grâce à la création annoncée le mois dernier du nouveau Conseil national des aînés présidé par M. Soulière. M. Soulière dirige également le Congrès des organismes nationaux d'aînés.

The council's inaugural meeting with the first eight members will be May 24 and 25. The council will be working day to day with Senator LeBreton and will be looking at a number of seniors' issues across the broad spectrum of the federal government and making recommendations to the ministers. The council reports directly to the Minister of Health and the Minister of Human Resources and Social Development, but the day-to-day operation reports to Senator LeBreton in her role as being responsible for seniors. That is how it is coming about.

Senator Nancy Ruth: What is she supposed to do with those reports?

Ms. Gillis: She will be working with those committees and then bringing the reports to the ministers with recommendations.

Senator Fairbairn: This has been an uplifting panel and I think it is an uplifting subject.

I have spent my working years here and through friends have spent a lot of time in Nova Scotia, especially in Cape Breton. There always seem to be an awful lot of older people in Cape Breton and they are constantly on the move. They walk endlessly; they are out at ceilidhs dancing; they are out with the boats — it is breathtaking really, especially if you are well behind them when all of this is going on.

There is much I see that is different, but in many ways it is the same as in my own area in Lethbridge. More than in any part of our society, there seems to be a spirit, a determination and a real interest still in learning. In my area, they are all over the computers that are available to them through seniors' organizations. They are taught and they can do things that young people would not even know how to do because they have the time to do it.

Sometimes people try to stereotype this particular group of great citizens and get strange ideas about what they cannot or should not do, as the good doctor has indicated to us. However, whenever you turn around and give a chance and open a door, they are among the finest volunteers in this country.

I think this panel is just a delight because there are so many people in our society who still feel sorry for seniors. They think seniors just need a television set and to be visited once a week. It is not that way and there is no reason that it should be. It is very elevating to hear all of you talk about it.

Do the people in the various other groups in which you are involved tend to have a vigorous attitude toward people who are in their older years, as opposed to an attitude of patting them on the head or reading them a book? In the various groups that you work with across this country, is there an attitude that seniors are probably more fit than we are and should be included rather than put off in a corner? Seniors are very much a part of everything, and I am wondering whether that is the attitude that you run into,

La réunion inaugurale du conseil et de ses huit premiers membres aura lieu les 24 et 25 mai. Le conseil collaborera quotidiennement avec le sénateur LeBreton et se penchera sur divers dossiers concernant les personnes âgées dans tout l'éventail du gouvernement fédéral et présentera des recommandations aux ministres. Le conseil rendra compte directement au ministre de la Santé et au ministre des Ressources humaines et du Développement social, mais toutes les activités quotidiennes relèvent du sénateur LeBreton qui est responsable des aînés. Voilà comment cela se présente.

Le sénateur Nancy Ruth : Que fera-t-elle de ces rapports?

Mme Gillis : Elle travaillera avec les comités et présentera les rapports aux ministres avec ses recommandations.

Le sénateur Fairbairn : Je pense que ce groupe de témoins est très encourageant et que le sujet est, lui aussi, encourageant.

J'ai toujours travaillé, ici, dans la région, mais grâce à des amis, j'ai passé beaucoup de temps en Nouvelle-Écosse, surtout au Cap-Breton. Il me semble qu'il y a toujours beaucoup d'aînés au Cap-Breton et qu'ils sont constamment en activité. Ils marchent tout le temps; ils vont danser dans les ceilidhs; ils sortent en mer avec leurs bateaux — on se sent à bout de souffle quand on essaie de les suivre, surtout si l'on est loin derrière.

Il y a beaucoup de différences, mais d'une certaine façon, beaucoup de similitudes aussi avec ma propre région de Lethbridge. Plus que dans tout autre secteur de la société, il y a un esprit, une détermination et un goût réel d'apprendre. Dans ma région, les personnes âgées accaparent les ordinateurs qui sont mis à leur disposition par les organismes d'aînés. Les personnes âgées apprennent et sont capables d'effectuer des tâches que les jeunes ne sauraient même pas faire, tout simplement parce qu'elles disposent du temps.

Les personnes âgées sont parfois victimes de stéréotypes négatifs à l'égard de ce groupe d'excellents citoyens et il circule des idées bizarres sur ce qu'elles peuvent ou ne devraient pas faire, ainsi que nous l'a indiqué le Dr Davignon. Cependant, c'est parmi les personnes âgées que l'on recrute les meilleurs bénévoles du pays. Il suffit de leur ouvrir la porte et de leur donner une chance.

C'est un plaisir d'accueillir un groupe de témoins comme celui d'aujourd'hui, car, au sein de notre société, il y a encore trop de gens qui ont des préjugés à l'égard des aînés. Ils pensent qu'il suffit de mettre les aînés devant une télévision et de leur rendre visite une fois par semaine. Cela ne correspond pas à la réalité et il n'y a aucune raison que les personnes vivent de cette manière. C'est très encourageant de vous entendre tous parler des personnes âgées.

Les membres des divers autres groupes auxquels vous participez ont-ils une attitude dynamique à l'égard des aînés, par opposition à une attitude de compassion qui nous incite à leur caresser la tête ou à leur lire un livre? Les différents groupes avec lesquels vous collaborez dans les diverses régions du pays sont-ils convaincus que les aînés sont probablement en meilleure forme que nous et qu'il faudrait les inclure dans nos activités plutôt que de les reléguer dans un coin? Les aînés ont un rôle à jouer partout

or whether you run into the other side, where people are sort of worried about them and almost segregating them. Anybody can answer those questions.

Ms. White: I have worked in this field for 28 years and I have seen tremendous change around the images of aging and the attitudes toward people who are retired. In our province — and I know it is the same across the country — volunteers are the backbone of our communities and seniors continue to volunteer well into their later years. However, I think we also have to provide more opportunities for engagement.

For instance, seniors will say they want to exercise, they want to be more active, but in our community, we do not have a safe place to walk on the side of the road because of the logging trucks. Many do not have the transportation to go out and participate in civic affairs. There is a real positive attitude of people who work with seniors, but there is much more that we can do to support the people who work with seniors to create even more opportunities for involvement and activity.

Dr. Davignon: Can we make seniors work with seniors? We always speak of people working with seniors, young and old, but seniors have to work with seniors.

Mr. Rosenberg: The members of our organization, as researchers and practitioners, are dedicated to working with seniors as their partners. Many of our projects have seniors as active partners in them. I would like to reinforce the message that it would be a real advance if the kind of program research funding we had in the early 1990s, which encouraged this kind of partnership, could be reinvented in the coming years.

Considering how much the elderly population will grow in the coming decades, it is shocking that we are still discounting where we need the most research done, which is on the elderly population. If we want a new generation of researchers to work with seniors in answering the questions that I have heard raised over the last hour or so, we need to invest in a new generation of researchers who can work with seniors as their partners in solving these problems.

Dr. Davignon: I hope you mean work with seniors and not using seniors, because every week when I walk in my hospital, I see a young girl doing her thesis on cognitive impairment in old people. She says, would you become one of my subjects? She is cute so I say yes, but this is not what I call work; I am a guinea pig.

She does not ask me what I think of her project. I have 200 publications; I have hundreds of thousands in research funds, but she never asks me that. You understand what I mean.

et je me demande si vous observez une attitude ouverte à leur égard ou si au contraire les gens ont tendance à s'inquiéter à leur sujet et pratiquement les mettre de côté. Est-ce que quelqu'un pourrait répondre à ces questions?

Mme White : Je travaille dans ce domaine depuis 28 ans et j'ai constaté d'énormes changements au niveau de l'image du vieillissement et des attitudes à l'égard des personnes retraitées. Dans notre province — et je sais que c'est la même chose ailleurs au pays — les bénévoles sont la cheville ouvrière nos collectivités et les aînés continuent à faire du bénévolat jusqu'à un âge avancé. Cependant, je pense que nous devons également multiplier les possibilités de participation.

Par exemple, les aînés disent vouloir faire de l'exercice, être plus actifs, mais dans notre collectivité, il est impossible de marcher au bord de la route en toute sécurité, à cause de la circulation des camions de transport de bois. Beaucoup d'aînés n'ont pas les moyens de transport qui leur permettraient de se déplacer pour participer aux affaires de la collectivité. Les personnes qui sont amenées à travailler avec les aînés ont une attitude vraiment positive, mais nous pouvons faire beaucoup mieux pour appuyer les personnes qui travaillent avec les aînés afin de créer plus de possibilités de participation et d'activités.

Dr Davignon : Est-il possible d'amener les aînés à travailler avec d'autres aînés? Il est toujours question de jeunes et de moins jeunes qui travaillent avec les aînés, mais les aînés doivent également travailler avec leurs semblables.

M. Rosenberg : Les membres de notre organisation, chercheurs et praticiens, considèrent comme leurs partenaires les aînés avec qui ils travaillent. Beaucoup de nos projets font appel à des aînés à titre de partenaires actifs. Au début des années 1990, la recherche en matière de programmes était financée et encourageait ce type de partenariat. À mon avis, ce serait un réel progrès de pouvoir rétablir ce type d'initiatives au cours des années à venir.

La population des aînés étant destinée à croître au cours des décennies à venir, il est incompréhensible que l'on réduise les budgets du secteur qui nécessite le plus de recherches, à savoir celui du troisième âge. Si nous voulons qu'une nouvelle génération de chercheurs travaille avec les aînés afin de tenter de répondre aux questions que j'ai soulevées depuis une heure, nous devons investir dans une nouvelle génération de chercheurs qui puisse s'associer avec les aînés à titre de partenaires, afin de résoudre ces problèmes.

Dr Davignon : J'espère que vous voulez parler de collaborer avec les aînés plutôt que de les utiliser. Chaque semaine, quand je vais à mon hôpital, je rencontre une jeune fille qui fait une thèse sur la déficience intellectuelle chez les personnes âgées. Elle m'a demandé si j'accepterais d'être un de ses sujets de recherche. Comme elle est mignonne, j'ai dit oui, mais je ne dirais pas que c'est une collaboration; je suis un simple cobaye.

Elle ne me demande pas ce que je pense de son projet. J'ai 200 publications; je dispose de centaines de milliers de dollars de fonds de recherche, mais elle ne m'en parle jamais. Vous voyez ce que je veux dire.

Ms. White: I support the need for more research and ongoing research, but I would also like to pick up on something you mentioned earlier about social development. From my perspective, that is an area that has been neglected for a long time — funds for community development at the grassroots level. Municipalities and communities are struggling with wanting to do things in that area, but often they do not have the funds or someone to work with them, to maybe take the lead or provide them with tools or seed money. There is a huge need in that area, and it is something that we build into our budget, stemming from our strategy.

Senator Fairbairn: This is very encouraging. My colleagues may disagree with me, but we are seniors and the caricature of the Senate — if ever you see a cartoon — is of a place where there are extremely elderly men, many of them puffing away on a cigar or sipping a glass of port or, on the other hand, being helped out of the chamber by an assistant. Generally, we are all thought of as being very old and we are not — not in years and not in spirit.

It is good that we are doing this study. We and all our colleagues do as much going out into the communities and working with our people there as do our friends in the House of Commons. It is really quite an honour to that when we are doing it with seniors who are reaching out and who are eager to be involved in almost anything. I think you have been very uplifting for us today.

[Translation]

We know that women seniors are the poorest, have accidents the most often and have slightly more chronic problems than men.

What are the determinants of health that relate more specifically to senior women, as compared to other groups?

As well, what are the limitations of a public health approach when it comes to senior women?

[English]

Ms. White: It has concerned me for many years, especially that age group of 55 to 65 who have been homemakers. If they have worked outside the home, they may have worked very little. That can be compounded if they have had a divorce.

I have seen people just counting the days and weeks and months until they turn 65 to get the old age security pension. In most cases, they have lived on a very low income and that has an impact on so many determinants of health — the education they have, the nutrition they have, the social involvements that they have. They have lived a poor life; and as they get old

Mme White : Je suis pour l'augmentation de la recherche et pour la recherche continue, mais j'aimerais par ailleurs reprendre un commentaire que vous avez fait un peu plus tôt au sujet du développement social. D'après moi, c'est un domaine qui est négligé depuis longtemps — il faudrait plus de fonds pour le développement social au niveau communautaire. Les municipalités et les collectivités sont prêtes à s'engager dans ce domaine, mais souvent, elles ne disposent pas des fonds nécessaires ou de partenaires capables de prendre l'initiative ou de leur fournir des outils ou des capitaux de démarrage. Les besoins sont énormes dans ce domaine et c'est une dimension que nous avons intégrée à notre budget, conformément à notre stratégie.

Le sénateur Fairbairn : Voilà qui est très encourageant. Mes collègues ne partageront peut-être pas mon avis, mais nous sommes des personnes âgées et la caricature du Sénat — telle qu'illustrée dans les dessins humoristiques — est une assemblée qui réunit des vieillards occupés à fumer le cigare ou siroter un verre de porto ou encore des personnes qu'une infirmière aide à sortir de la chambre. Dans l'opinion générale, nous passons pour des gens très vieux, alors que ce n'est pas le cas, nous ne sommes vieux ni par les années ni dans notre tête.

C'est très bien que nous fassions cette étude. Avec tous nos collègues sénateurs, nous sillonnons les villes et nous travaillons avec notre personnel autant que nos amis de la Chambre des communes. C'est tout un honneur pour nous lorsque nous sommes amenés à collaborer avec des aînés qui veulent rayonner dans leur collectivité et qui sont prêts à s'engager dans pratiquement toutes sortes d'activités. Nous avons été très stimulés par les témoignages que vous nous avez présentés aujourd'hui.

[Français]

Nous savons que les femmes âgées sont plus pauvres, ont des accidents plus souvent et des problèmes chroniques un peu plus important que les hommes.

Quels sont les déterminants de la santé qui concernent plus précisément les femmes âgées comparativement à d'autres groupes?

De plus, quelles seraient les limites d'une perspective axée sur la santé publique concernant les femmes âgées?

[Traduction]

Mme White : C'est une question qui me préoccupe depuis de nombreuses années, surtout les femmes de 55 à 65 ans qui sont restées au foyer. S'il leur est arrivé de travailler à l'extérieur du foyer, cette expérience de travail est limitée. Leur situation est encore plus délicate si elles ont divorcé.

J'ai vu des femmes compter les jours, les semaines et les mois, attendant désespérément d'avoir 65 ans pour pouvoir toucher la pension de sécurité de la vieillesse. Dans la plupart des cas, elles disposent d'un revenu très modeste, ce qui a une incidence sur de nombreux déterminants de la santé — l'éducation, la nutrition, l'activité sociale. Elles ont mené une vie pauvre et, en vieillissant,

and the health complications start to increase, it is a real double whammy to be a woman and have low income and not have the wherewithal to do anything about it.

There is a huge need to look at women and maybe this is where even more research comes in, to develop programs that will bring their income up to a level where they can be involved and make the changes in their life around work or volunteerism, whatever, that gives them a good sense of lifestyle and a better future. It is complicated, but income, education and nutrition all play a huge role.

[Translation]

Dr. Davignon: Absolutely, the common denominator is money. This is the generation of women who sacrificed, and they have no money. There is a hospital that shall remain nameless, in a Canadian province, where it was observed that in the last few days of the month, women were coming in to emergency rooms because they had no money to buy their medications. They were given their medications. Otherwise, they would have had no medications and would have gone into a diabetic coma, for example. They have to be given financial assistance, this is crucially important.

Senator Pépín: Are there other specific determinants you can mention?

[English]

Mr. Rosenberg: I am not sure I can add much to what has already been said. All of these factors are key. The other key factor is that we really do not understand well the transitions that take place from one situation to another. We know, for example, what the problems of low-income women are. We know the problems of women when they become single and isolated, but we do not know how the transitions take place from being a low-income woman to being a low-income woman living alone and in isolation.

That is why the next generation of research needs to look at these transitions and the dynamics that will take place. These dynamics will be further complicated by the changing nature of the diversity of elderly women. There will be more visible minority women, more Aboriginal women who are elderly and more women who come from a lesbian lifestyle. All of these factors must be taken into account. It is so important that we focus on these complex transitions.

Senator Callbeck: Dr. Davignon, you founded the Observatory on Ageing and Society. You gave us a list of all conferences you hold and the other things that you do, and it is a lot of work. How is that work financed?

Dr. Davignon: I do not know how it is financed. Every day is a struggle. I wrote to 25 agencies in the federal government and I got lost somewhere. I got \$5,000 from the IRC. Then I went to see the financial person. I arrived there, and I said, "Please help me. I will not sell you more insurance. You will not sell more

leur santé se dégrade de plus en plus et elles sont doublement pénalisées par le fait d'être des femmes et de disposer d'un revenu modeste et elles n'ont pas les moyens d'améliorer leur sort.

Il est impératif de se pencher sur la situation des femmes et c'est peut-être dans ce domaine qu'il faudrait concentrer les recherches afin d'élaborer des programmes visant à accroître leur revenu pour leur permettre de s'engager dans la collectivité et de transformer leur vie par le travail ou le bénévolat afin qu'elles puissent avoir un mode de vie plus enrichissant et un meilleur avenir. C'est compliqué, mais le revenu, l'éducation et la nutrition sont des dimensions qui exercent un rôle énorme.

[Français]

Dr Davignon : Absolument, le dénominateur commun c'est l'argent. C'est la génération des femmes sacrifiées et elles n'ont pas d'argent. Il y a un hôpital que je ne nommerai pas dans une province canadienne où on avait remarqué que les derniers jours du mois, les femmes se faisaient hospitaliser à l'urgence parce qu'elles n'avaient pas d'argent pour acheter les médicaments. On leur donnait les médicaments. Autrement, elles n'avaient pas de médicaments et rechutaient, par exemple, en coma diabétique. Il faut les aider financièrement, c'est absolument important.

Le sénateur Pépín : Avez-vous d'autres déterminants spécifiques?

[Traduction]

M. Rosenberg : Je ne pense pas que je puisse ajouter grand-chose à ce qui a été dit. Tous ces facteurs sont importants. L'autre facteur clé est que nous ne comprenons pas vraiment très bien les transitions d'une situation à une autre. Par exemple, nous connaissons les problèmes des femmes disposant d'un faible revenu. Nous connaissons les problèmes des femmes seules et isolées, mais nous connaissons mal le phénomène de transition entre la situation d'une femme à faible revenu à celle d'une femme au revenu faible, vivant seule et isolée.

C'est pourquoi les recherches de la prochaine génération devront s'intéresser à ces transitions et à la dynamique des différents phénomènes. Cette dynamique sera d'autant plus compliquée que la diversité des femmes âgées sera plus grande. On comptera parmi les femmes âgées plus de femmes des minorités visibles, plus de femmes autochtones et plus de femmes lesbiennes. Il faudra tenir compte de tous ces facteurs. Il est très important de mettre l'accent sur ces transitions complexes.

Le sénateur Callbeck : Docteur Davignon, vous avez fondé l'Observatoire Vieillesse et société. Vous nous avez donné une liste de toutes les conférences que vous avez données et de toutes les activités que vous avez présentées. Cela représente énormément de travail. Comment votre travail est-il financé?

Dr Davignon : Je l'ignore. Chaque jour est un combat. J'ai écrit à 25 organismes du gouvernement fédéral et je me suis égaré. J'ai obtenu 5 000 \$ de l'IRC. Ensuite, je suis allé voir le préposé aux finances. Quand je suis arrivé dans son bureau, je lui ai dit : « Aidez-moi. Je ne vais pas vous vendre plus d'assurance. Vous

insurance. I went to see Pfizer and they said, "How much more Viagra do you want?" I said, "No, no!" After one month, I got a call, "We have a program for humanity work and we do not need you to advertise us. We will help you." They gave us a sum of money.

I would say most of the work is volunteer work. I have a private driver here, who is a retired man working. He is a volunteer working for me. He is a young man, 10 years younger. He volunteered to drive me here. This is volunteer work.

I would like to refer you to the motto on our brochure:

Ageing gracefully is ageing with one's heart,

No remorse, no regret, ignoring the flight of time,

Always moving forward, without fear,

Because happiness is part of each period of life.

An 85-year-old man wrote that. Therefore, 85-year-old people are not stupid.

Senator Fairbairn: That is excellent.

Senator Callbeck: Ms. White, you mentioned initiatives that you are working on this coming year. Perhaps you could talk about that.

Ms. White: I will be brief. Ms. Gillis mentioned that we are working on the age-friendly cities and the rural and remote communities initiatives. The latter will provide a stimulus and a guidebook to be a tool for other rural communities in our province or in the world that want to take a look at their community and start that process. The same is true of the cities project.

We will be hosting a conference called Silver Economy around labour force issues and how to encourage people to be in the workplace if they want to be, and also looking at the economic position of our governments. Silver Economy is a movement taking place in Europe. The two-day conference here will bring together businesses and all levels of government as well as not-for-profit and higher learning sectors to explore opportunities for economic and social gains that are inherent in our aging population.

It is very exciting, and I encourage you to Google Silver Economy. In Germany, they can look at one area of their country and, using a scientific approach, say how many other workers they would have if they created more friendly workplaces, opportunities, linkages for people to be retrained and have an opportunity to work if they wish to. That is a very exciting piece for us.

n'allez pas vendre plus d'assurance. » Je suis allé chez Pfizer et ils m'ont demandé combien de pilules de Viagra je voulais. Je leur ai dit qu'ils faisaient erreur et que je ne venais pas les rencontrer pour cela. Un mois plus tard, j'ai reçu un appel de chez ce fabricant pour me dire : « Nous allons vous aider par l'intermédiaire de notre programme d'action humanitaire. Vous n'aurez pas mentionné notre nom. » Ils m'ont accordé une subvention.

La plupart du travail est exécuté par des bénévoles. J'ai un chauffeur privé, un homme à la retraite qui fait du bénévolat pour moi. Il est jeune; il a dix ans de moins que moi. Il s'est proposé de me conduire ici. C'est un bénévole.

J'aimerais attirer votre attention sur le texte qui figure dans notre brochure :

Vieillir en beauté, c'est vieillir avec son cœur,

Sans remord, sans regrets, sans regarder l'heure,

Aller de l'avant, arrêter d'avoir peur,

Car à chaque âge se rattache un bonheur.

C'est un homme de 85 ans qui a écrit ce texte. Vous voyez qu'on n'est pas nécessairement gâteux à 85 ans.

Le sénateur Fairbairn : C'est excellent.

Le sénateur Callbeck : Madame White, vous avez parlé d'initiatives auxquelles vous travaillerez au cours de l'année à venir. Vous pourriez peut-être nous en parler.

Mme White : Je serai brève. Mme Gillis a mentionné que nous travaillons à l'initiative des villes-amies des aînés et à celle des collectivités rurales et éloignées. La deuxième initiative servira de stimulus et produira un guide qui servira d'outil aux autres collectivités rurales de notre province ou du monde qui souhaiteront examiner leur situation et entamer le processus. C'est la même chose pour le projet des villes.

Nous allons accueillir une assemblée sur le thème de l'économie des cheveux gris. On y abordera les problèmes de la main-d'œuvre et les diverses façons d'encourager les aînés à demeurer dans la main-d'œuvre active s'ils le souhaitent et nous examinerons également la position économique de nos gouvernements. La « Silver Economy » est un mouvement qui se développe actuellement en Europe. La conférence de deux jours que nous organiserons ici réunira des représentants du secteur privé et de tous les ordres de gouvernement ainsi que du secteur bénévole et du secteur universitaire afin d'examiner le potentiel économique et social de notre population de personnes âgées.

C'est un phénomène intéressant et je vous invite à consulter Google au sujet de la « Silver Economy ». En Allemagne, il est possible de cibler une région du pays et, à l'aide d'une approche scientifique, de déterminer de combien de travailleurs supplémentaires on pourrait disposer en proposant des milieux de travail et des emplois plus conviviaux, des possibilités de recyclage et des occasions de travail pour les gens qui le souhaitent. C'est une initiative qui nous paraît très intéressante.

We will be working with our federal, provincial and territorial colleagues on pension reform. Without that, it will be hard to do the other piece.

Two of our community health boards are piloting a unique approach to volunteerism, with a focus on encouraging an emphasis on seniors helping seniors and looking at credits for the things you do in a volunteer capacity.

We are also working with the residential construction industry and other key stakeholders to identify and eliminate barriers and to promote incentives so that we can have more seniors' housing. We are hearing from developers that they would put up the capital funds but the zoning laws have to be changed. As Ontario and B.C. did, we are looking at changing the Nova Scotia Human Rights Act so that we can have seniors' housing. Right now, legally, we cannot.

Our lieutenant governor wanted to create an award for seniors and also wanted to do something with seniors. We suggested that there be an intergenerational award. This year, the work has been done on that. In October there will be three awards: one for a young person who has created and worked on something that helps and supports seniors and one for seniors that involved doing something for seniors.

I went to the rotary club I belong to for funds, and they will provide monies for a specific program.

We are rolling out our elder abuse strategy and developing networks across the province on that and also developing networks within local areas on falls prevention.

Those are some of the things we are already taking action on from our strategy. There are many more to come.

Senator Callbeck: You have a full agenda.

Ms. White: We do.

Senator Callbeck: I have other questions but I will have to pass because of time.

Professor Rosenberg, you mentioned the importance of more research, and you said that you would like the Canadian Community Health Survey to be more inclusive. What would you like to have in the survey that is not there?

Mr. Rosenberg: I could add that this is individual research, but the problem with the survey — and unfortunately this is the nature of Statistics Canada surveys — is that to be representative of the whole population, the sampling of seniors is actually relatively small. What we need, as an association that is interested and my members who are interested in doing research on seniors, is over-sampling of the senior population. With over-sampling, we will capture the diversity of the senior

Nous allons nous pencher, avec nos collègues fédéraux, provinciaux et territoriaux, sur la réforme des pensions. Sans une réforme, il serait difficile d'aller de l'avant avec l'autre initiative.

Deux de nos commissions de la santé communautaire pilotent actuellement une approche sans précédent du bénévolat qui vise à encourager les personnes âgées à venir en aide à leurs semblables et à accorder des crédits pour le travail bénévole.

Nous collaborons également avec l'industrie de la construction résidentielle et d'autres intervenants clés afin de repérer et d'éliminer les obstacles et de proposer des incitatifs afin d'accroître le parc de logements pour les aînés. Certains promoteurs sont prêts à investir, mais ils attendent la modification des règlements de zonage. La Nouvelle-Écosse envisage d'imiter l'Ontario et la Colombie-Britannique et de modifier sa loi sur les droits de la personne afin de permettre la création de logements pour aînés. Pour le moment, c'est illégal.

Notre lieutenant gouverneur voulait créer une distinction pour les aînés et souhaitait également mettre en place une initiative avec les aînés. Nous lui avons proposé de créer un prix intergénérationnel. Cette année, nous avons travaillé à ce projet. En octobre, trois prix seront décernés : un prix à un jeune qui a imaginé et mis sur pied un projet utile aux personnes âgées et un autre pour des aînés qui se sont livrés à des activités au profit d'autres personnes âgées.

Je me suis adressée au club Rotary dont je suis membre afin d'obtenir des fonds. Le club financera un programme en particulier.

Nous mettons en place notre stratégie de lutte contre le mauvais traitement des aînés et nous constituons des réseaux dans toute la province pour lutter contre les mauvais traitements, ainsi que d'autres réseaux sur la prévention des chutes dans les régions.

Voilà quelques éléments de notre stratégie sur lesquels nous travaillons déjà. Il y en aura beaucoup d'autres.

Le sénateur Callbeck : Vous avez un vaste programme.

Mme White : En effet.

Le sénateur Callbeck : J'ai d'autres questions, mais je pense que je vais devoir les laisser de côté, faute de temps.

Monsieur Rosenberg, vous avez dit qu'il était important d'approfondir les recherches et que vous souhaitiez que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes soit plus inclusive. Quels sont les éléments que vous souhaiteriez voir l'enquête couvrir?

M. Rosenberg : Je pourrais ajouter qu'il s'agit d'une recherche individuelle, mais le problème de l'enquête — et malheureusement de toutes les enquêtes de Statistique Canada — c'est que l'échantillon des aînés est relativement faible pour être représentatif de l'ensemble de la population. Notre association et nos membres qui effectuent des recherches sur les personnes âgées ont besoin en fait d'un échantillonnage superposé de la population des aînés. En effet, l'échantillonnage superposé nous

population in a way that we can then do research and make findings representative of all seniors. That is what we really need.

The Chairman: I had wanted to raise the question of measuring outcomes in your research, both Dr. Rosenberg and Ms. White, because you have a structural framework to do it, but we will have to do it another day.

Dr. Davignon, it was great to see you. We enjoyed you tremendously. Thank you to all of our witnesses.

The committee adjourned.

OTTAWA, Wednesday, May 30, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:20 p.m. to examine and report on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, we have three excellent witnesses this afternoon. We look forward to hearing what you all have to say.

We are grateful to you for giving us your time because we are getting excited about the way our report is unfolding. It seems like a wonderful time in Canada because, with developments over the last 10 years, we now have a great science and health platform to deal from. We have the resources needed to get the information and systems that can change things to the ground.

We will start with Hillel Goelman. He is Director of The CHILD Project — Consortium of Health, Intervention, Learning and Development — and Associate Director, Human Early Learning Partnership, HELP. He has a great reputation with the University of British Columbia.

Hillel Goelman, Director, The CHILD Project, and Associate Director, Human Early Learning Partnership (HELP), Council for Early Child Development: I appreciate the opportunity to meet with you today to discuss the health, welfare and development of Canada's children. I applaud the committee's commitment to explore ways that the people and the Government of Canada can contribute to the lives of children. In addition to what you have on my CV, I am also speaking as someone who has taught young children and the teachers of young children.

permettra de saisir la diversité de la population des aînés en vue d'effectuer des recherches et d'aboutir à des conclusions reflétant la réalité de l'ensemble des personnes âgées. Voilà ce dont nous avons réellement besoin.

Le président : Je voulais poser à M. Rosenberg et Mme White une question concernant l'évaluation des résultats de votre recherche, puisque vous disposez d'un cadre structurel, mais ce sera pour une autre fois.

Docteur Davignon, ce fut un plaisir de vous rencontrer. Nous avons énormément aimé votre témoignage. Merci à tous nos témoins.

La séance est levée.

OTTAWA, le mercredi 30 mai 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 20 pour étudier les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement déterminants sociaux de la santé, et pour faire rapport sur ce sujet.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, nous accueillons cet après-midi trois excellents témoins. Nous allons écouter avec intérêt ce que vous avez tous à nous dire.

Nous vous sommes reconnaissants de nous accorder de votre temps. Vous allez contribuer à la préparation de notre rapport et nous sommes ravis de la façon dont celle-ci progresse. Le moment semble convenir parfaitement parce que, avec les développements survenus au cours des dix dernières années, nous disposons maintenant au Canada d'une excellente plate-forme dans les domaines des sciences et de la santé pour aller de l'avant. Nous avons les ressources nécessaires pour obtenir l'information nécessaire et les systèmes permettant de changer les choses jusqu'à la base.

Nous allons débiter avec M. Hillel Goelman. Il est directeur du CHILD Project — Consortium of Health, Intervention, Learning and Development — et directeur adjoint, Human Early Learning Partnership (HELP). Il a une excellente réputation à l'Université de Colombie-Britannique.

Hillel Goelman, directeur, The CHILD Project, et directeur adjoint, Human Early Learning Partnership (HELP), Council for Early Child Development : Je suis ravi d'avoir l'occasion de vous rencontrer aujourd'hui pour discuter de la santé, du bien-être et du développement des enfants canadiens. Je me félicite que ce comité ait décidé de se pencher sur les moyens par lesquels la population et le gouvernement du Canada peuvent contribuer à la vie des enfants. Outre ce qui figure sur mon curriculum vitae, sachez que je m'adresse également à vous comme un enseignant,

I speak as a father of two young men who have been raised to adulthood by my wife and me. I have been living the life of early childhood both professionally and personally for a long time.

I want to use a broad definition of child health. The three of us probably would agree that it is not just the absence of illness, the absence of disease, but that we are all concerned with looking for ways to support children's growth, development and welfare in all possible domains.

I will use a PowerPoint presentation to summarize some of the points that I think are most important my few minutes here.

I am speaking as the associate director of the Human Early Learning Partnership, HELP. Our motto is to create, promote and apply new knowledge through interdisciplinary research to help children thrive. One of the major questions we ask in our work is what makes a difference in early child development. One of my colleagues who works in the area of early intervention with young infants at risk says that I got it wrong. The real question should be: What differences can we make to make a difference? In other words, we do not want to just study for the sake of study what is happening with young children, but what is it we can do? Mr. Chairman, using your phrase, what can we do on the ground to make things happen, is what our research is about. I want to share with you some of the findings. We know about what can make a difference and what differences we can make in the lives of young children.

There are many different programs that work with young children. We know from our work and work in the United States and other countries that, when parents are involved, when children attend programs that are frequent, with a long duration, where there is intensity with staff training, these are good programs for children. We have much good information about what does make a difference. We know, for example, that high quality preschool early learning and care environments definitely make a difference. I will summarize three of those.

One, by Stephen Barnett, an economist at Rutgers University, studied the impact of preschool, pre-kindergarten programs in five states in the United States. He found that the programs made statistically significant and meaningful impacts on children's early language, literacy and mathematical development. He found that children who attended state-funded preschools had an increase in their vocabulary scores and also scored higher in mathematics.

qui a exercé à la fois auprès des jeunes enfants et de leurs enseignants. Je m'exprime également comme père de deux jeunes hommes que ma femme et moi avons élevés. Cela fait fort longtemps que je suis concerné, à titre privé et professionnel, par les conditions de vie des jeunes enfants.

Sachez que je parle de la santé des enfants au sens large. Nous sommes probablement tous trois d'accord pour dire qu'il ne s'agit pas simplement de l'absence de maladie, et que nous nous intéressons tous à des façons de favoriser la croissance, le développement et le bien-être des enfants dans tous les domaines possibles.

Je vais utiliser une présentation en PowerPoint pour résumer les points qui me paraissent les plus importants à aborder pendant les quelques minutes dont nous disposons.

Je m'adresse à vous comme directeur adjoint du Human Early Learning Partnership, HELP en abrégé. Nous travaillons à l'acquisition de nouvelles connaissances en procédant à des recherches interdisciplinaires, à faire la promotion de ces connaissances et à les appliquer pour aider les enfants à réussir. L'une des principales questions que nous nous posons dans notre travail est de savoir ce qui agit sur le développement des jeunes enfants. L'un de mes collègues qui œuvre dans le domaine des interventions précoces avec les jeunes enfants exposés à des risques estime que je me trompe et que la vraie question devrait être : que pouvons-nous faire autrement pour faire la différence? En d'autres termes, nous n'étudions pas ce qu'il advient des jeunes enfants pour le simple plaisir d'étudier, mais bien pour apprendre comment nous pouvons agir. Monsieur le président, en reprenant votre formule, que pouvons-nous faire à la base pour que les choses changent. C'est là l'objet de notre recherche. J'aimerais vous faire part de certains résultats. Nous savons ce qui peut être efficace et en quoi nous pouvons agir sur la vie des jeunes enfants.

Un grand nombre de programmes différents permettent de travailler avec les jeunes enfants. Nos travaux et ceux réalisés aux États-Unis, ainsi que dans d'autres pays, nous ont montré que les programmes pour les enfants dans lesquels les parents sont impliqués, dont les activités sont fréquentes et durables, et dont le personnel a suivi une formation intensive, donnent de bons résultats. Nous savons de façon fiable ce qui fait la différence. C'est ainsi que nous savons avec certitude que l'immersion d'un enfant dans un excellent cadre d'apprentissage et de soins préscolaires fait une différence. Je vais résumer trois de ces études.

L'une d'elles, réalisée par Stephen Barnett, économiste à la Rutgers University, a étudié les effets des programmes préscolaires, avant la maternelle, dans cinq États américains. Il a observé que ces programmes ont des effets marqués et significatifs, d'un point de vue statistique, sur l'apprentissage précoce de la langue, de la lecture et des mathématiques chez les enfants. Il a observé que les enfants qui fréquentent les programmes préscolaires financés par les États obtiennent de meilleures notes en vocabulaire et en mathématiques.

State-funded preschools had a strong effect on children's understanding of print concepts, which is a key part of literacy. A common element across all of these programs is that all, or nearly all, teachers in these programs had a four-year college degree with an early childhood specialization.

There is a fantastic study out of New Zealand that follows children from the preschool years to now age 14, which was able to find direct impacts of the preschool environment on children's development. Which is exciting for me as an old kindergarten teacher is that it is not just the fact they went to preschool, but what happened in the preschools made a difference, such as when the staff were responsive to children, when they guided children in specific ways, when they asked certain kinds of open-ended questions that stimulated curiosity and joined children in their play. Children were given certain choices in high quality programs and, if I were to underline two words in my presentation, it would be "high quality." We have to make sure that we do not just provide middle-of-the-road or moderate or mild. Children deserve the highest quality in programs.

In New Zealand, when those programs are implemented, they find it helps to achieve goals of readiness for school.

This particular slide is from the cost, quality and outcomes of a major study in the United States involving hundreds of daycare centres. Again, early child care programs do have a positive impact on the development of young children.

For too long this has been a picture from me about policy in Canada — periodically, governments that have come and gone have certain champions at different times who champion certain ideas or ideals, but I would impress upon the committee the importance of continuity, having a strategic plan that lasts over years so we do not have to depend on individual champions at specific times. I am thinking of countries such as New Zealand, which has a 10-year strategic plan that was signed on to by all political parties. The children there are no longer political pawns; they are not part of negotiations as to whether their government stands or falls. In New Zealand, there is this commitment of all parties to support young children.

The elephant in the room as I speak is that most of what I just referred to in the United States and New Zealand does not operate here in Canada. There is only room for about 12 per cent to 15 per cent of all preschool-aged children in Canada in licensed preschool facilities. This particular slide is about British Columbia, but the same percentages go for the country as a whole.

We are not providing enough good quality preschool experiences for children, neither in child care nor in pre-kindergarten programs. We are only catering to a small

Les programmes préscolaires financés par les États se révèlent très efficaces pour permettre aux enfants de maîtriser les concepts de l'écrit, qui jouent un rôle important dans la littéracie. Un dénominateur commun de tous ces programmes est que tous les enseignants qui y travaillent, ou presque tous, ont un diplôme qui a nécessité quatre ans d'études collégiales, avec une spécialisation dans le domaine de la petite enfance.

Il y a une étude fantastique réalisée en Nouvelle-Zélande qui a suivi des enfants, ayant aujourd'hui 14 ans, depuis l'âge préscolaire. Elle a montré que le contexte préscolaire a des répercussions directes sur le développement des enfants. Ce qui m'intéresse tout particulièrement, pour avoir enseigné en maternelle, est non seulement de savoir que ces enfants ont suivi des programmes préscolaires mais aussi que, dans le cadre de ces programmes, le personnel a réagi au comportement des enfants, les a guidés de façon précise, leur a posé certains types de questions ouvertes qui ont stimulé leur curiosité, s'est joint à leurs jeux et que tout cela a fait une différence. Tout cela a fait de ces programmes des outils d'une grande qualité. Si je devais mettre en exergue deux mots de ma présentation, ce serait « grande qualité ». Nous ne pouvons pas nous contenter d'offrir aux enfants des programmes de qualité moyenne, ou intermédiaire ou médiocre. Les enfants méritent des programmes de la plus grande qualité possible.

Ces programmes néo-zélandais donnent de meilleurs résultats quand ils visent à bien préparer les enfants à l'école.

Cette diapositive présente les données sur les coûts, la qualité et les résultats obtenus par une étude importante réalisée aux États-Unis et portant sur des centaines de garderies. Une fois encore, les programmes de garderie précoces ont un effet favorable sur le développement des jeunes enfants.

Pendant trop longtemps, j'ai eu le sentiment que la politique canadienne en la matière prenait la forme d'interventions ponctuelles des gouvernements successifs, qui se trouvaient alors des défenseurs de certaines idées ou de certaines idéologies. J'insiste auprès du comité sur l'importance de la pérennité, du besoin de disposer d'un plan stratégique qui s'applique en longue période pour que nous n'ayons pas à dépendre de l'énergie momentanée de ces champions. Je pense ici à des pays comme la Nouvelle-Zélande qui ont un plan stratégique sur dix ans, qui a été signé par tous les partis politiques. Dans ce pays, les enfants ne sont plus des pions entre les mains des politiciens, et ne font pas l'objet de négociations pour déterminer si le gouvernement va tenir le cap ou en changer. Dans ce pays des antipodes, tous les partis se sont ainsi engagés à venir en aide aux jeunes enfants.

L'absurdité de notre situation est que la plupart des éléments dont je viens de vous parler, qui sont appliqués États-Unis et en Nouvelle-Zélande, ne le sont pas au Canada. Seulement 12 à 15 p. 100 de tous les enfants d'âge préscolaire ont de la place dans les établissements préscolaires détenteurs d'un permis au Canada. Cette diapositive traite précisément de la Colombie-Britannique, mais les pourcentages sont les mêmes dans l'ensemble du pays.

Que ce soit dans les garderies ou dans les programmes de préparation à la maternelle, nous n'offrons pas assez d'activités préscolaires de grande qualité à nos tout-petits. Nous ne touchons

minority. I am embarrassed when I go to international conferences. I go to countries that are also industrialized, advanced countries in the OECD, Organization for Economic Cooperation and Development, whose reports have shown this as well. Canada only spends 0.2 per cent of our GDP, gross domestic product, on young children. Countries such as Italy, Norway and Sweden are up around 2 per cent. We are a wealthy country but we spend a small proportion of it on our young children.

One suggestion I made to the British Columbia government was to change this just by using whiteout in its School Act. The School Act currently reads that the government has to provide programs for children starting from the age of five years old. I said, let us change that. Let us start by extending free universal programs, which we have in kindergarten, down a grade to four-year-olds. Ontario has junior kindergarten. To a large extent, Quebec has preschool programs, daycare, and Alberta has had early childhood services, but across the country those are really the exceptions rather than the rule.

We need to start developing a strategic plan in Canada that works here in terms of the diversity of this country, its multicultural aspects and its history. You cannot read the details here but I tried to stress with the Ministry of Education in British Columbia that we cannot do it all at once, but let us start. Let us chart a blueprint, a road map, as if we were doing MapQuest. How do we get to a universal program of high quality early childhood programs for all children? What can we do the next year or the year after? How can we start ramping up to create the programs that our children need?

I will close with this graphic from my colleague Clyde Hertzman, the director of the Human Early Learning Partnership. Often we get stuck arguing between false dichotomies. Many people say that we should start with the targeted, the most unfortunate children. Others say we should start with the universal and what all children need. I agree with both camps. We have to have some programs that are universal, such as child care and universal preschool education, but we cannot ignore the fact that there are children who face specific challenges.

In Canada, we have Aboriginal Head Start. I just finished analyzing some data on the 14 Aboriginal Head Start programs in B.C. There are significant differences. Those children are now much more ready for school after the three-year-old and four-year-old Aboriginal Head Start programs.

qu'une faible minorité. Je suis gêné lorsque je participe à des conférences internationales. Je me rends dans d'autres pays industrialisés, comme ceux qui sont membres de l'OCDE, dont les rapports ont montré la même chose. Le Canada n'a consacré que 0,2 p. 100 de son produit intérieur brut aux jeunes enfants alors que, dans des pays comme l'Italie, la Norvège et la Suède, ce pourcentage avoisine les 2 p. 100. Nous sommes un pays riche, mais nous ne consacrons qu'une petite partie de cette richesse à nos jeunes enfants.

J'ai suggéré au gouvernement de la Colombie-Britannique de modifier les choses en effaçant tout simplement des parties de texte de la School Act. Cette loi précise actuellement que le gouvernement doit offrir des programmes aux enfants à compter de l'âge de cinq ans. Je lui ai proposé de le modifier. Commençons par élargir les programmes gratuits et universels, que nous avons à la maternelle, en en faisant bénéficier les enfants de quatre ans. Il y a en Ontario des maternelles pour petits. Dans une large mesure, le Québec a des programmes préscolaires, des services de garderie et l'Alberta offre des services destinés à la petite enfance, mais ce sont là plutôt des exceptions que la règle dans l'ensemble du pays.

Nous devons commencer à préparer un plan stratégique canadien qui tienne compte de la diversité de ce pays, de ses dimensions multiculturelles et de son histoire. Vous ne pouvez pas lire les détails ici, mais j'ai essayé d'insister auprès du ministère de l'Éducation de la Colombie-Britannique sur le fait qu'il n'est pas possible de tout faire en une seule fois, mais qu'il faut bien commencer. Commençons par préparer un plan, une carte routière, comme si nous utilisions MapQuest. Comment pouvons-nous nous doter d'un programme universel de grande qualité pour la petite enfance? Et que pourrions-nous faire l'année suivante? Comment pouvons-nous commencer à élaborer les programmes dont nos enfants ont besoin?

Je terminerai avec ce graphique de mon collègue Clyde Hertzman, le directeur du Human Early Learning Partnership. Il nous arrive souvent d'opposer à tort deux arguments. Nombreux sont ceux qui affirment que nous devrions commencer en ciblant les enfants les plus malheureux. D'autres disent que nous devrions commencer par mettre en place des mesures universelles répondant aux besoins de tous les enfants. Je suis d'accord avec les deux. Nous devons disposer de certains programmes universels, comme des programmes de garderie et d'éducation préscolaire universels, mais nous ne pouvons pas non plus ignorer le fait qu'il y a des enfants qui sont confrontés à des défis particuliers.

Au Canada, nous avons le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Je viens tout juste de terminer l'analyse d'une partie des données de 14 programmes relevant de celui-ci en Colombie-Britannique. On relève des différences importantes. Les enfants autochtones âgés de 3 et de 4 ans qui ont suivi ces programmes d'aide préscolaire sont maintenant beaucoup mieux préparés à l'école.

Clinical programs for children with specific needs also have to be addressed. I would argue that we can and should aim for providing our children with the very best kinds of programs that will make a difference.

I am happy to respond to any questions or comments you may have.

Stuart Shankar, Professor, President, Council for Early Child Development: As the president of this council, let me say that I adore everything Mr. Goelman just said. I do not know if you are aware of this. Dr. Fraser Mustard retired in September and asked me to take over. This is at the heart of Fraser's dream for Canada.

We are in the midst of the most incredible revolution in our understanding of the origins of both mental and physical health. I agree with the chair's comments; I believe Canada is uniquely positioned for us to capitalize on this explosion of scientific knowledge.

I will start with this graphic for a reason. Approximately 10 years ago, this equipment was invented. We have had a real problem in developmental neuroscience. That problem is that we cannot look at the brain of a little baby unless it is a life-threatening situation. An American, Don Tucker, invented this system. It is essentially a souped-up version of an EEG but it is so powerful that, with the appropriate uses of computer models, we can see fairly deep into the brain. Not only can we now do this in a non-invasive way on any child from newborn up, but we can do it simultaneously on a caregiver interacting with her baby.

We have an opportunity now to see how a brain is actually developing. This is extraordinary for us because one thing we work on in our institute is kids who are suffering from some sort of developmental, psychological or behavioural disorder. We wanted to know, with all this intervention we are giving little kids, are we just tapping into some part of the brain that was fine or are we actually helping the brain to heal? Are we helping the kid to form these connections that were not there so the child can be returned to a healthy, neuro-developmental trajectory?

We are learning two things. First, we can do it. We can get kids back on to a healthy developmental trajectory. We do not know yet how our numbers will pan out, but it will be somewhere around 50 per cent. I do not want to be overly optimistic.

The second thing we are learning is that the earlier we can get to a child, the more effective our interventions are. Dr. Michael Kramer and I were just talking about this while we were waiting to get started. Dr. Kramer was making the point that there does seem to be a sort of window. It is not that it closes but that it gets

Il faut aussi se doter de programmes cliniques pour les enfants qui ont des besoins particuliers. Je tiens à affirmer que nous pouvons et nous devrions mettre à la disposition de nos enfants les meilleurs programmes possibles qui feront une différence.

Je me ferai maintenant un plaisir de répondre aux questions que vous pourriez avoir ou aux commentaires que vous voudriez faire.

Stuart Shankar, professeur, président, Council for Early Child Development : À titre de président de ce conseil, permettez-moi de dire combien j'appuie tout ce que M. Goelman vient de dire. J'ignore si vous le savez mais M. Fraser Mustard a pris sa retraite en septembre et m'a demandé de prendre la suite. Nous sommes là au cœur du rêve de M. Fraser pour le Canada.

Nos connaissances des origines de la santé mentale et de la santé physique sont en pleine révolution. Je suis d'accord avec le président pour dire que le Canada se trouve dans une situation unique pour nous permettre de capitaliser sur cette explosion de connaissances scientifiques.

Je vais débiter par ce graphique pour une raison bien précise. Cet équipement a été mis au point il y a une dizaine d'années. Nous avions alors un problème réel en neuroscience du développement. Nous ne pouvions en effet observer le cerveau d'un tout jeune enfant que lorsque sa vie était menacée. Un Américain, Don Tucker, a conçu ce système. Il s'agit pour l'essentiel d'une version améliorée d'un électroencéphalogramme, mais il est si puissant que, en utilisant les modèles informatiques qui conviennent, on peut observer ce qui se passe en profondeur dans le cerveau. Nous pouvons maintenant le faire d'une façon non invasive sur tout enfant à partir de la naissance mais nous pouvons de plus le faire simultanément sur un aidant qui interagit avec son bébé.

Nous avons maintenant la possibilité de voir comment le cerveau se développe réellement. C'est là quelque chose d'extraordinaire pour nous parce, dans notre institut, nous étudions entre autres les enfants qui souffrent de certains troubles du développement, psychologiques ou de comportement. Nous voulons savoir, avec toutes les interventions que nous faisons auprès des jeunes enfants, si nous intervenons dans certaines parties du cerveau qui sont en bon état ou si nous aidons réellement le cerveau à guérir. Aidons-nous les enfants à établir des connexions manquantes ou défaillantes pour leur permettre de reprendre une trajectoire saine de développement neurologique?

Nous apprenons deux choses. Tout d'abord, nous sommes capables de le faire. Nous pouvons ramener des enfants vers un cheminement de développement sain. Nous ne savons pas encore dans quel pourcentage nous allons y parvenir, mais il devrait se situer aux alentours de 50 p. 100. Je ne veux pas faire preuve d'un optimisme exagéré.

La seconde chose que nous apprenons est que plus rapidement nous pouvons nous occuper d'un enfant et plus nos interventions sont efficaces. M. Michael Kramer et moi parlions de ces questions en attendant l'ouverture de la séance. Il me faisait remarquer qu'il semble y avoir un genre de fenêtre. Celle-ci ne se

increasingly difficult for us to have an effective intervention with these little babies. Right now our research suggests it is around the age of between three and five.

It is exciting that Canada has become one of the leaders in the world in the development of protocols that identify babies reliably with problems at 12 months. I know the guys who are doing this and they will push this down to six months. All I can say is that, in working with a baby between six and 12 months, it requires considerably less effort to get that brain back on to a healthy trajectory, to get these connections to form.

What scientists are looking at as we try to chart out population health for the 21st century is our focus is increasingly on prevention. We want to know whether we spot these problems early on and then take effective measures, which are relatively cost-effective, to prevent this becoming a serious problem. The problems I am talking about range from autism and ADHD to conduct disorder and depression, and to a whole range of physical disorders such as obesity and anti-immune disorders.

All of this range of developmental, psychological, behavioural and physical health will be shifting into this mode of identifying early signs of challenges or risks and then taking the appropriate corrective actions.

There is a second major element of this revolution that you should know about. When I was a student, we were taught that everything that happens to a child or a family is a result of their genes; if a family ends up with heart problems, depression, bipolar disorder, low income or low intelligence, it is because of the genes passed on from generation to generation. That crude model called genetic determinism has been overturned.

Canadians have played a leading role in this. Michael Meaney has played one of the world's leading roles in explaining how, yes, it is true that we do see genetic predispositions running through families but it takes specific kinds of environments to trigger or prevent these genetic problems. That is the first point.

The second important point is that these genetic factors relate to very low levels of our biology. It is not that there is a gene that determines intelligence or a gene that determines depression. The influence of the genes is on a very low level of biology which, together with certain kinds of experiences, leads to the problems in health that we are seeing.

That is the whole point in the slides I gave you — nature, nurture. What we are seeing now is that a child is not predestined to be unhealthy, depressed or whatever it is.

ferme pas mais il devient de plus en plus difficile quand le temps passe pour nous d'intervenir de façon efficace avec ces très jeunes enfants. Actuellement, nos recherches semblent indiquer que cet âge se situe entre trois et cinq ans.

Il est passionnant que le Canada soit devenu l'un des leaders dans le monde dans l'élaboration de protocoles repérant de façon fiable les bébés ayant des problèmes à l'âge de 12 mois. Je connais les gens qui travaillent sur ce sujet et ils vont ramener ce délai à six mois. Tout ce que je peux dire est que, en travaillant avec un bébé âgé de 6 à 12 mois, il faut beaucoup moins d'effort pour ramener le cerveau sur la bonne voie, pour que les connexions nécessaires se forment.

Les scientifiques cherchent, alors que nous essayons de dessiner le portrait de la santé de la population au XXI^e siècle, est d'insister sur la prévention. Nous voulons savoir si nous sommes en mesure de détecter ces problèmes rapidement et de prendre des mesures efficaces, qui sont relativement rentables, pour empêcher que cela ne devienne un problème grave. Les problèmes dont je parle vont de l'autisme et des troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention jusqu'au trouble du comportement et à la dépression, en passant par toute une gamme de troubles physiques comme l'obésité et les troubles de l'immunodépression.

Tous les aspects de la santé ayant trait au développement, à la psychologie, au comportement et à la santé physique s'efforceront de détecter rapidement les signes de difficulté ou de risque et de prendre alors les mesures correctrices qui conviennent.

Cette révolution s'accompagne d'un second élément important dont vous devez être informés. Lorsque j'étais étudiant, on nous enseignait que tout ce qui arrive à un enfant ou à une famille est le résultat de leurs gènes. Si les membres d'une famille ont des problèmes cardiaques, souffrent de dépression, de troubles bipolaires, ont de faibles revenus ou une intelligence médiocre, c'est à cause de leurs gènes qui ont été transférés de génération en génération. Ce modèle brut que l'on appelait le déterminisme génétique a été renvoyé aux oubliettes.

Les Canadiens ont joué un rôle déterminant dans ce domaine. Michael Meaney a eu un rôle de leader dans le monde en expliquant comment il est exact que l'on observe des prédispositions génétiques qui se transmettent dans les familles, mais qu'il faut des contextes particuliers pour déclencher ou empêcher l'apparition de ces problèmes génétiques. C'est là le premier point.

Le second point important est que ces éléments génétiques sont liés à des manifestations infimes de nos caractéristiques biologiques. Il n'y a donc pas un gène qui détermine l'intelligence ou un autre qui est à l'origine de la dépression. L'influence de gènes est très faible dans notre biologie, et ce n'est qu'associée à certains types d'expériences qu'elle aboutit aux problèmes de santé que nous observons.

C'est là la signification des diapositives que je vous ai présentées : la nature et l'éducation. Nous observons maintenant qu'un enfant n'est pas prédestiné à être en mauvaise

We can significantly alter the child's trajectory if we can get at these things.

These are the kinds of things that are genetically driven. These are the kinds of challenges that can result in the various mental or physical health disorders we see today. These are low level things. I will give one example.

Everyone in this room has their own sensory likes and dislikes. For example, for me this is a wonderful room because you have natural light. I am a little bit under-sensitive to light so I cannot stand fluorescent lights and need lots of windows. I am a little hypersensitive to sounds so I could never go to a rock concert. Each of you has the same kinds of likes and dislikes but, throughout the course of your life, you have learned how to manage your sensory profile. Today, we are seeing a striking increase in the number of young infants with sensory problems that go outside this range of normalcy. They are so sensitive to vision or sounds that it is aversive for them.

I will not talk about that today. We have various hypotheses about why this is happening. However, we think this is one reason for the numbers we are seeing in the various mental and physical disorders that we are diagnosing. This is a problematic area. If you have questions about it, we could return to it later.

The basic point here is that there are two models competing today on the scientific scene. The old model was a medical one where it was thought that everything was gene-driven. The new one is a pathway model that says the child comes into life with these various sensory or information processing proclivities or weaknesses, and the nature of the experiences the child is exposed to are what, together, will result in such-and-such a health problem. We want to look at young babies and infants to see whether or not they are demonstrating these kinds of biological compromises and then take appropriate interventions to help the child strengthen whatever system is weak, while at the same time working with the systems that are strong to get interactions cooking.

The basic foundation of healthy brain development is caregiver-infant interactions. That is what drives the development of the brain. It is as simple as that. If something biological is compromising those interactions between caregiver and infant, we will see problems down the road. We are trying today to target these problems as soon as we see them and help build up the child's biology to get the interactions cooking again.

If you think this through, you will see that I am telling you — and this was in Mr. Goelman's talk — that parents have to be the primary focus of all this health prevention. Any successful program has to be one that builds on the parents' role and provides them with the tools they need to deal with the sorts of

santé, déprimé ou quoi que ce soit d'autre. Nous pouvons modifier, de façon sensible la trajectoire de l'enfant si nous pouvons détecter les risques.

Ce sont les genres de choses qui obéissent à la génétique. Ce sont les genres de difficultés qui peuvent aboutir à divers troubles de santé mentale ou physique que nous voyons aujourd'hui. Ce sont des indices de faible niveau. Je vais vous donner un exemple.

Pour chacun d'entre nous, il y a dans cette pièce des choses que notre système sensoriel aime et n'aime pas. C'est ainsi que, à mes yeux, c'est une pièce très agréable parce que vous y disposez d'une lumière naturelle. Ma sensibilité à la lumière est un peu faible, ce qui fait que je ne supporte pas les éclairages fluorescents et que j'ai besoin de beaucoup de fenêtres. Je suis par contre, hypersensible aux sons et je n'irais jamais écouter un concert rock. Chacun de vous a ses propres sensibilités, avec des choses qu'il aime et qu'il n'aime pas. Par contre, tout au long de votre vie, vous avez appris à gérer votre profil sensoriel. Aujourd'hui, nous observons une hausse importante du nombre de jeunes enfants ayant des problèmes sensoriels qui vont au-delà des frontières de la normalité. Ils sont si sensibles à la lumière ou au son que ceux-ci ont des effets néfastes sur eux.

Je ne traiterai pas de ce sujet aujourd'hui. Nous avons diverses hypothèses sur l'origine de ces problèmes. Toutefois, nous pensons qu'il y a une raison pour le nombre élevé de cas que nous observons avec divers troubles mentaux et physiques. C'est là un domaine problématique. Si vous avez des questions dans ce domaine, nous pourrions y revenir plus tard.

Le point essentiel ici est que deux modèles se font concurrence aujourd'hui dans le monde scientifique. L'ancien modèle, que l'on peut qualifier de médical, estimait que tout provenait des gènes. Le nouveau modèle en est un de cheminement qui estime que les enfants viennent au monde avec diverses inclinations ou faiblesses au traitement sensoriel ou de l'information, et que la nature des expériences auxquelles ils sont exposés, alliés à cette propension ou à ces faiblesses donnera tel ou tel problème de santé. Nous voulons étudier les nouveau-nés et les jeunes enfants pour voir si l'on peut observer chez eux ces types de compromis biologiques et intervenir ensuite comme il convient pour aider l'enfant à corriger les faiblesses de n'importe quel système, tout en utilisant les systèmes qui sont efficaces pour déclencher des interactions.

Le développement d'un cerveau sain repose pour l'essentiel sur les interactions entre l'aidant et l'enfant. C'est ce qui pousse le cerveau au développement. C'est aussi simple que cela. Si une caractéristique biologique nuit à ces interactions entre l'aidant et l'enfant, nous verrons les problèmes apparaître par la suite. Nous essayons aujourd'hui de cibler ces problèmes dès que nous les voyons et d'aider l'enfant à développer sa propre biologie pour déclencher les interactions en question.

Si vous réfléchissez à ceci, vous allez constater que ce que je vous dis, tout comme M. Goelman, est que les parents doivent être la cible prioritaire de toute mesure de prévention en santé. Tout programme qui veut réussir doit s'appuyer sur le rôle des parents et leur fournir les outils nécessaires pour affronter ce type

challenges, not just in terms of biology but also in terms of the changing stresses and patterns of 21st century society.

We are talking at the council side about creating the kinds of resources Mr. Goelman was describing in the preschool environment that will give parents the tools they need to be, in essence, effective vehicles for the healthy development of their kids. I do not know if I have made that clear, but that is the basic principle.

My partner, Dr. Stanley Greenspan, and I did a study for the CDC, Centers for Disease Control and Prevention, in Atlanta. We wanted to know how serious the problem is today. We found that about 17 per cent of the population in urban America is demonstrating a clinical disorder of one sort or another. That fits with our data in Canada. The more surprising thing was that about 20 per cent of these children had what we call a functional challenge or a biological problem that could have been addressed if we had gotten to the kid early. That 20 per cent, when they get into school, are the kids who will never form friends and never understand what the teacher is trying to say. The problem is not that he is a bad or lazy kid, but he may not be processing this information. He may not understand what the teacher is trying to get him to pay attention to.

The last one was the scary one. A quarter of the kids we are seeing now are showing depression at a very young age. They are showing attachment disorders. These are problems that can, in fact, be significantly mitigated if you get to the kid before the age of three. By the time they get into school, it is pretty tough.

Around 62 per cent of the population in urban centres — this is a strictly urban study — are coming into school with a range of severity but with problems we could have prevented or significantly mitigated. That is what we are trying to do in our study.

The way forward is exactly what Mr. Goelman said. We want to see the kinds of centres he was describing. We want to see the preschool experiences. We also need to have training. He mentioned that he wanted to see the ECEs, or the early childhood educators, have a four-year training program. The best programs we looked at, New Zealand and Cuba, insist on a minimum of four years training with constant mentoring. It is interesting that the training includes developmental pediatrics, all the stuff I have talked about — developmental psychologist, a bit of developmental neuroscience and working with mom and dad because, for these health programs to be effective, we have to be thinking in terms of translating everything we know into terms that parents can assimilate and practice. It cannot be didactic. You cannot lecture parents. Instead, we need to have environments in which we can monitor kids closely so we can pick up problems

de défis, et pas uniquement dans leur dimension biologique, mais également en tenant compte de l'évolution du stress et des modèles de comportement de la société du XXI^e siècle.

Nous parlons au Conseil de nous doter du genre de ressources que M. Goelman décrivait dans le contexte préscolaire, qui permettent aux parents de disposer des outils nécessaires pour être essentiellement des véhicules efficaces pour le développement sain de leurs enfants. Je ne sais pas si j'ai été clair, mais c'est là le principe de base.

Mon partenaire, M. Stanley Greenspan, et moi avons réalisé une étude pour le Center for Disease Control and Prevention d'Atlanta. Nous voulions connaître la gravité du problème aujourd'hui. Nous avons constaté qu'environ 17 p. 100 de la population des régions urbaines des États-Unis fait preuve de troubles cliniques d'un genre ou d'un autre. Cela correspond à nos données pour le Canada. Ce que nous avons trouvé de plus surprenant est qu'environ 20 p. 100 de ces enfants étaient confrontés à ce que nous appelons un défi fonctionnel ou un problème biologique qui aurait probablement pu être résolu si nous nous en étions occupés plus tôt. Ce pourcentage de 20 p. 100, quand ils entrent à l'école, correspond aux enfants qui ne se feront jamais d'amis et qui ne comprendront jamais ce que l'enseignant essaie de dire. Ce ne sont pas pour autant des enfants mauvais ou fainéants, mais il se peut qu'ils ne traitent pas cette information. Ils peuvent ne pas comprendre que l'enseignant s'efforce de retenir leur attention.

Ce dernier point fait peur. Un quart des enfants que nous voyons maintenant ont souffert de dépression à un très jeune âge. Ils souffrent de troubles affectifs. Ce sont là des problèmes qui, pratiquement, peuvent être sensiblement atténués si vous pouvez vous occuper de l'enfant avant qu'il n'ait trois ans. Cela devient beaucoup plus difficile à partir du moment où il va à l'école.

Environ 62 p. 100 de la population des centres urbains — cette étude porte uniquement sur les milieux urbains — va à l'école avec des problèmes dont la gravité varie beaucoup mais qui auraient pu être empêchés ou réduits sensiblement. C'est ce que nous essayons de faire dans notre étude.

L'avenir se dessine exactement comme l'a dit M. Goelman. Nous voulons voir le genre de centres qu'il a décrit. Nous voulons voir de telles expériences préscolaires. Nous avons également besoin de faire de la formation. Il a indiqué qu'il veut voir des éducateurs de la petite enfance ayant suivi un programme de formation de quatre ans. Les meilleurs programmes que nous pouvons examiner, ceux de Nouvelle-Zélande et de Cuba, imposent un minimum de quatre ans de formation avec un encadrement constant. Il est intéressant d'observer que cette formation englobe la pédiatrie du développement, c'est-à-dire tout ce dont j'ai parlé, la psychologie du développement, un peu de neuroscience du développement et la collaboration avec papa et maman parce que, pour que ces programmes de santé soient efficaces, nous devons penser à formuler tout ce que nous savons en des termes compréhensibles, et assimilables par les parents, qu'ils puissent mettre en pratique. Il ne faut pas être didactique. Il

the moment they appear and provide parents with the skills they need to address those constrictions, whatever they might be.

The Chairman: That was fascinating, Mr. Shankar. I have known Dr. Mustard for well over 40 years. Indeed, I was a scientific collaborator with him back in the days when he was a platelet guy.

Mr. Shankar: So I was told.

The Chairman: I must say he has made another shrewd move in bringing you into the wings as he stepped out of this area. I have some interesting questions for you later, but I do not want to hold my committee up.

Our next interesting presenter is Dr. Michael Kramer, scientific director of the Institute of Human Development, Child and Youth Health, from McGill University and associated, of course, with the Canadian Institutes of Health Research or CIHR.

Dr. Michael Kramer, Scientific Director, Institute of Human Development, Child and Youth Health, Canadian Institutes of Health Research: Thank you, senators, for the opportunity to address you today. In addition to my post at CIHR, Canadian Institutes of Health Research, where I have been for the last four years, I also spent about three decades as an active researcher in the area of maternal and child health. You will not be surprised at my focus being different from those of my two predecessors this afternoon. I will focus on research needs in the area of child and youth health, and particularly not on what we know but on what we do not know.

Much of what I say today I also said at the Child Health Summit that occurred about a month ago here in Ottawa. It was partnered by the Canadian Medical Association, the Canadian Paediatric Society and the College of Family Physicians of Canada. These comments are also summarized in this brochure of which I left a number of copies with the clerk, and it goes into more detail than I will have the time to deal with today.

Although I fully support the importance of brain and behaviour development that has been emphasized by my two colleagues, my comments will be a bit broader in terms of covering a wider variety or scope of health problems that affect children and youth. I will discuss those under four headings — the social environment, the physical environment, obesity and physical inactivity, and injury.

I mention the social environment first not only because it is central to your subcommittee's mandate, but also because I believe it is the most important factor affecting child and youth health in Canada and in other industrialized countries today. I will not surprise you by telling you that one out of six Canadian children live below Statistics Canada's poverty low-income

ne s'agit pas de donner des conférences à des parents. Au lieu de cela, il nous faut des contextes dans lesquels nous pouvons surveiller étroitement les enfants afin de détecter les problèmes dès qu'ils apparaissent et de permettre aux parents d'acquérir les compétences dont ils ont besoin pour s'attaquer à ces constrictions, quelle que soit leur nature.

Le président : C'était fascinant, monsieur Shankar. Je connais le Dr Mustard depuis plus de 40 ans. En vérité, j'ai collaboré avec lui dans le domaine scientifique à l'époque où il était spécialisé dans les plaquettes.

M. Shankar : C'est ce qu'on m'a dit.

Le président : Je dois dire qu'il a encore été une fois brillant en vous demandant de le remplacer quand il s'est retiré de ce domaine. J'aurais quelques questions intéressantes pour vous par la suite, mais je ne veux pas paralyser tout le comité.

Notre prochain témoin, fort intéressant aussi, est le Dr Michael Kramer, directeur scientifique de l'Institut du développement de la santé des enfants et des adolescents de l'Université McGill et associé, bien sûr, aux Instituts de recherche en santé du Canada.

Dr Michael Kramer, directeur scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents, Instituts de recherche en santé du Canada : Je vous remercie, mesdames et messieurs les sénateurs, de cette occasion de vous entretenir aujourd'hui. Outre mon poste aux Instituts de recherche en santé du Canada, que j'occupe depuis quatre ans, j'ai également passé trois décennies à faire activement de la recherche dans le domaine de la santé des mères et des enfants. Vous ne serez donc pas surpris que mes priorités soient différentes de celles de mes deux prédécesseurs de cet après-midi. Je vais mettre l'accent sur les besoins en recherche dans le domaine de la santé des enfants et des jeunes, et plus précisément, non pas sur ce que nous savons, mais sur ce que nous ne savons pas.

Je vais vous répéter une grande partie de ce que j'ai déjà dit au Sommet sur la santé des enfants qui a eu lieu il y a environ un mois, ici à Ottawa. Ce sommet était organisé en partenariat par l'Association médicale canadienne, la Société canadienne de pédiatrie et le Collège des médecins de famille du Canada. Ces commentaires sont également résumés dans cette brochure dont j'ai laissé un certain nombre de copies à votre greffier, qui va plus en détail que je n'aurai le temps de le faire aujourd'hui.

Si je souscris pleinement à l'importance du développement du cerveau et du comportement sur lesquels ont insisté mes deux collègues, mes commentaires seront un peu plus vastes en englobant toute une gamme de problèmes de santé qui touchent les enfants et les jeunes. Je vais les traiter sous quatre titres, soit l'environnement social, l'environnement physique, l'obésité et l'inactivité physique, et enfin les blessures.

Je place l'environnement social au premier rang, non seulement parce que c'est l'un des thèmes centraux du mandat du sous-comité, mais aussi parce que je crois que c'est le plus important facteur affectant aujourd'hui la santé des enfants et des adolescents du Canada et des autres pays industrialisés. Je ne vais pas vous surprendre en vous disant qu'un enfant canadien sur

threshold and that children who grow up in poverty are at higher risk for a variety of health problems, including some of the things mentioned by my two colleagues — hyperactivity, emotional distress and failing at school — but it also leads to unhealthy health behaviours such as poor diet, physical inactivity, insufficient stimulation, exposure to violence, the absence of good family and neighbourhood role models, and mediocre schools.

The situation in Aboriginal communities is even worse than in poor rural and urban areas in the rest of Canada. For example, smoking rates among Aboriginal teenagers living on reserves are about three or four times higher than among non-Aboriginal youth.

Those are the things we know, but there are many gaps in our knowledge. Primary among them are those related to the impact of daycare and other early childhood programs on brain development and behaviour. As pointed out by my colleagues, there has been a lot of research in this area using high intensity interventions in more of a research setting, but when translated into the way daycare, for example, is actually played out across the country, it is the largest uncontrolled experiment ever carried out on Canada's children.

We need to know more about its effects, both beneficial and adverse, and particularly, we need to know how things like the age at which children start daycare, the type of daycare structures and the features that characterize good and bad daycare contribute to those effects.

We also need to know more about family and community risk factors for child and youth mental health and addiction. Although a large number of public health programs have been developed with the best of intentions to improve children's development, we need to apply much higher scientific standards to evaluating those programs, so that we can implement or reinforce the ones that work and discontinue those shown to be ineffective or harmful. That is a theme I will be coming back to recurrently in the remainder of my comments.

Although I believe the social environment to be of primary importance, if you ask Canadian children, teenagers and their parents, they rank the physical environment as the highest of their health concerns. Whether that concern is justified or not, we need to do much more as a country to find out which of the many physical and chemical exposures to which Canadian fetuses, infants, children and youth are exposed, may harm their health and development in the short and long term.

six vit en dessous du seuil de la pauvreté selon Statistique Canada et que les enfants qui se trouvent dans cette situation sont exposés à des risques plus élevés de toute une gamme de problèmes de santé, y compris de certains mentionnés par mes deux collègues comme l'hyperactivité, les troubles émotifs et l'échec scolaire, mais que cet état conduit également à des comportements malheureux pour la santé comme une mauvaise alimentation, l'inactivité physique, une stimulation insuffisante, l'exposition à la violence, l'absence de bons modèles de rôles familiaux et de voisinage et des écoles médiocres.

La situation des communautés autochtones est encore pire que celle des zones pauvres en milieu rural ou urbain dans le reste du pays. Par exemple, le taux de tabagie chez les adolescents des Premières nations du Canada vivant sur des réserves est de 3 à 4 fois plus élevé que chez les adolescents non autochtones.

Voilà ce que nous savons, mais nos connaissances présentent encore de grandes lacunes. L'une des plus grandes lacunes est l'absence de données sur les effets que les programmes de garderie, ou d'autres programmes destinées aux jeunes enfants, peuvent avoir sur le développement du cerveau et sur le comportement. Comme l'ont indiqué mes collègues, on a fait beaucoup de recherches dans ce domaine en procédant à des interventions à grande visibilité dans plusieurs contextes de recherche, mais quand on examine comment cela s'est concrétisé dans les garderies, par exemple, à travers l'ensemble du pays, on observe que c'est la plus vaste expérience non contrôlée jamais réalisée sur des enfants canadiens.

Nous devons en savoir plus sur ses effets, bénéfiques et néfastes, et nous devons en particulier savoir comment des éléments comme l'âge auxquels les enfants commencent à fréquenter la garderie, le type de structures de garderie et les caractéristiques qui font qu'il s'agit de bonnes ou de mauvaises garderies contribuent à ces effets.

Nous devons également en apprendre plus sur les facteurs de risque, liés à la collectivité et à la famille, pour la santé mentale et la toxicomanie des enfants et des adolescents. Bien qu'un grand nombre de programmes de santé publique aient été élaborés avec les meilleures intentions afin d'améliorer le développement des enfants, nous devons appliquer à ces programmes des normes d'évaluation strictes, d'un point de vue scientifique, afin de pouvoir élargir ou renforcer ceux dont il est démontré qu'ils ont un effet bénéfique, et mettre un terme à ceux qui s'avèrent inefficaces ou nuisibles. C'est là un thème sur lequel je reviendrai de façon récurrente dans la suite de mes commentaires.

Bien que je croie que l'environnement social soit de première importance, si vous demandez leur avis aux enfants et aux adolescents canadiens, et à leurs parents, ils placent systématiquement l'environnement physique au premier rang de leurs soucis en matière de santé. Que cela soit justifié ou non, le Canada doit se donner les moyens de savoir quels sont les multiples risques d'exposition physique et chimique pouvant affecter, à court ou à long terme, la santé et le développement des fœtus, des nourrissons, des enfants et des adolescents canadiens.

What do we know already? We know the developing embryo, fetus and infant are particularly vulnerable to the potential adverse effects of environmental hazards. Moreover, the behaviours of infants and young children, like crawling and putting things in their mouths, bring them in close contact with potentially toxic substances and increase their exposure to them. We also know that any damage caused during these critical periods can be irreversible and create long-term problems. Aboriginal children and children living in poverty are at increased risk for exposure to environmental hazards.

We know there have been a large number of changes over the last several decades in the construction, insulation, heating and ventilation of Canadian homes, and that these changes have affected the quality of indoor air in homes in Canada. That is the place where infants and young children spend the vast majority of their time.

What do we need to find out in this area? Even if the likelihood of harm by any one physical or chemical agent is low, we need to learn much more about the effects of low-level exposures to a wide range of environmental toxicants on the developing embryo, fetus and infant, including the risks of birth defects and other adverse pregnancy outcomes and their possible impact on long-term brain development and behaviour. Once we fill these gaps, we can apply that new knowledge to regulate air, water, food and other consumer products to reduce those exposures shown to be harmful, while reassuring the public about the ones without adverse effects.

We need to know more about whether the recent changes I mentioned in indoor air quality are related to the current epidemic that we and other industrialized countries are seeing in allergies and asthma. If so, we can reduce exposure to chemicals, moulds and allergens that are shown to increase the risks of asthma and allergies by developing new housing construction, insulation and ventilation standards.

I am sure your subcommittee has heard much about the obesity epidemic facing Canadian society, including its children and youth. You may have also heard the prediction that, for the first time in recorded history, Canadian children today may live shorter lives than their parents. In my view, and that of many of my colleagues, the epidemic of obesity, physical inactivity and type 2 diabetes can be addressed only by social and community interventions, not by public education, and not by one-on-one clinical interventions delivered to children and/or their parents. We need to take the same kind of coordinated societal approaches that were successful with tobacco, automobile seat belts and bicycle helmets. We must find out more about the characteristics of neighbourhoods, communities and regions that are associated with risks of obesity and sedentary lifestyles, and

Que savons-nous déjà? Nous savons que l'embryon, le fœtus et le nourrisson en cours de développement sont particulièrement vulnérables aux éventuels effets néfastes des dangers environnementaux. Qui plus est, les comportements des nourrissons et des enfants — ramper, se mettre des objets dans la bouche — les amènent en contact étroit avec des substances potentiellement toxiques et accroissent leur exposition à ces substances. Nous savons aussi que les dommages causés durant ces périodes de développement critiques peuvent être irréversibles, et entraîner de problèmes à long terme. Là encore, les enfants autochtones et les enfants vivant dans la pauvreté présentent des risques accrus d'expositions aux dangers environnementaux.

Nous savons qu'il y a eu beaucoup de changements au cours des dernières décennies dans la construction, l'isolation, le chauffage et la ventilation des maisons canadiennes, et que ces modifications ont eu des effets sur la qualité de l'air intérieur des maisons canadiennes. C'est là que les bébés et les jeunes enfants passent la vaste majorité de leur temps.

Que devons-nous apprendre dans ce domaine? Même si la probabilité qu'un quelconque agent physique ou chimique ait un effet nuisible est faible, nous devons en savoir plus sur les effets que de faibles expositions à tout un éventail de substances toxiques peuvent avoir sur le développement de l'embryon, du fœtus ou du nourrisson, et, notamment, sur les risques d'anomalies congénitales ou d'issue défavorable de la grossesse, ainsi que sur leurs possibles effets à long terme sur le développement du cerveau et sur le comportement. Une fois ces lacunes comblées, nous pourrions appliquer ces connaissances nouvellement acquises à la réglementation de la qualité de l'air, de l'eau, des aliments, et d'autres produits de consommation, afin de réduire les risques d'exposition aux substances nuisibles, et rassurer le public sur ceux qui n'ont pas d'effets néfastes.

Nous devons également savoir si les modifications récentes à la qualité de l'air intérieur, dont j'ai déjà parlé, jouent un rôle dans les épidémies d'asthme et d'allergies que nous observons, tout comme les autres pays industrialisés. Si tel est le cas, nous pourrions réduire l'exposition aux substances chimiques, aux moisissures et aux allergènes, dont il est démontré qu'ils accroissent les risques d'asthme ou d'allergies en établissant de nouvelles normes de construction, d'isolation et de ventilation des foyers canadiens.

Je suis sûr que le sous-comité a dû, à de nombreuses reprises, entendre parler de l'épidémie d'obésité qui sévit dans la population canadienne et, notamment, chez les enfants et chez les adolescents. Vous avez également peut-être appris que, pour la première fois dans l'histoire du pays, les enfants canadiens risquent d'avoir une espérance de vie inférieure à celle de leurs parents. Comme nombre de mes collègues, je suis d'avis que cette épidémie d'obésité, d'inactivité physique et de diabète de type 2, ne peut être jugulée que dans le cadre d'actions sociales et collectives, et non dans le cadre de l'éducation publique, ou d'interventions ponctuelles auprès des enfants et de leurs parents. Nous devons adopter le même type d'approche sociétale coordonnée que dans les cas du tabac, des ceintures de sécurité automobiles, et des casques pour les cyclistes. Nous devons en

we must develop and test home-, school- and community-based incentives and interventions to reduce energy intake and increase physical activity and fitness.

The fourth and final area of Canadian child and youth health I wish to address is injury — both unintentional and intentional injury. As you probably know, injury is the leading cause of death and disability in Canadian children and youth. The major cause of unintentional injuries is motor vehicle collisions, although falls and other playground and sports injuries, drownings, fire-related injuries and poisonings are also important. Besides the high death toll, over 25,000 Canadian children under the age of 14 are hospitalized every year for serious injuries. Not all of these injuries are unintentional. Child maltreatment has become increasingly recognized in recent years, although we do not know if it has become more frequent in occurrence. We do know that physical and sexual abuse can have profound and long-lasting effects on mental health and well-being. Suicide, another major cause of intentional injury, is second only to fatal motor vehicle accidents as a cause of death in 15- to 24-year-old Canadians. Once again, the problem is even worse among Aboriginal Canadian youth, who are five to six times more likely to commit suicide than non-Aboriginal youth.

What do we need to know in this area? We need to develop and test improved child restraint devices and their proper use in automobiles, and to improve the design and testing of child playground and sports equipment. We must also learn more about modifiable risk factors for maltreatment and suicide among children and youth. Finally, many so-called injury or suicide “prevention programs” have been launched with the best of intentions, but without rigorous evaluation of their effects.

I will conclude by saying that Canada has the potential to be a world leader in child health, but we first need to fill the gaps — not only the gaps between what we know and what we do, but also in the gaps in what we know. In other words, we need to do more and better research. As a country, we need to invest more, and more wisely, than we have in the past. Canada spends a great deal of money on public health programs for children and youth in all four of the areas I have discussed, often with little evidence that those programs are having the desired effects. Such programs are difficult to discontinue once they have started. We thus miss the opportunity to find

apprendre plus sur les particularités des quartiers, des collectivités et des régions où prédominent les risques d'obésité et les modes de vie sédentaire, puis élaborer et mettre à l'essai, au niveau des foyers, des écoles et de la collectivité, des mesures d'incitation et d'intervention visant à réduire l'apport énergétique et à accroître l'activité et la condition physiques.

Le quatrième et dernier thème que je souhaite aborder en matière de santé des enfants et des adolescents canadiens est celui des blessures, tant intentionnelles que non intentionnelles. Comme vous le savez très probablement, les blessures constituent la première cause de décès et de handicap chez les enfants et chez les adolescents canadiens. Les principales causes de blessures non intentionnelles sont les collisions de véhicules motorisés, bien que le nombre des chutes, ou autres blessures sur les terrains de sport ou de jeu, des noyades, des blessures liées au feu et des empoisonnements soit également important. Outre le nombre élevé des décès, plus de 25 000 enfants canadiens de moins de 14 ans sont hospitalisés chaque année en raison de blessures graves. Toutes ces blessures ne sont pas non intentionnelles. La violence envers les enfants, au cours des dernières années, a fait l'objet d'une sensibilisation du public, mais nous ne savons pas si cette dernière a eu une incidence sur l'augmentation du nombre des cas signalés. Ce que nous savons par contre, c'est que les sévices physiques et sexuels peuvent avoir des répercussions profondes et durables sur la santé et le bien-être mentaux. Le suicide, qui constitue une autre cause majeure de blessures intentionnelles, se classe, juste après les accidents de véhicules motorisés, au deuxième rang des causes de décès chez les Canadiens âgés de 15 à 24 ans. Une fois encore, le problème est plus sévère chez les adolescents canadiens autochtones, qui ont cinq à six fois plus de risques de se suicider que les adolescents canadiens non autochtones.

Que devons-nous savoir dans ce domaine? Nous devons concevoir et mettre à l'essai des dispositifs améliorés de retenue des enfants dans les automobiles, et nous assurer qu'ils sont correctement utilisés, et faire de même pour les équipements des terrains de jeux et de sport. Nous devons également en apprendre davantage sur les facteurs de risque qu'il est possible de modifier concernant la maltraitance et le suicide chez les enfants et chez les jeunes. Enfin, de nombreux soi-disant « programmes de prévention » des blessures et du suicide ont été lancés, et ce, avec les meilleures intentions, mais leur efficacité n'a encore jamais fait l'objet d'aucune évaluation rigoureuse.

Je conclurai en disant que le Canada pourrait devenir un leader mondial en santé des enfants, mais que nous devons d'abord combler les écarts, et pas uniquement les écarts entre ce que nous savons et ce que nous faisons, mais également les lacunes dans nos connaissances. En d'autres termes, nous devons entreprendre plus de recherches, et de meilleures recherches. Notre pays doit investir plus, et avec plus de discernement, qu'il ne l'a fait jusqu'à présent. Le Canada dépense d'énormes sommes d'argent en programmes de santé publique pour les enfants et pour les adolescents dans les quatre domaines que j'ai abordés, mais ce, sans savoir véritablement si ces programmes produisent les effets désirés. Il

out what works and what does not, and to ensure that taxpayers' money is well spent.

Thank you for the opportunity to make these comments. I will be happy to address any questions or concerns you may have.

The Chairman: Thank you.

One thing Dr. Mustard had been emphasizing the last few times I talked to him was that we had to back up beyond birth and start thinking about the intrauterine developments that we are paying such a tremendous price for now. I was at an interesting medical meeting this past weekend. One thing unfolding now, for example, is something I spent my life in, which is cardiac disease, but in fact congenital heart disease is fundamentally an effect of bad nutrition in the mother. It is the fact that the heart cannot grow, that you get holes in the heart and defective valves and so forth, because the nutritional components are missing to make that possible. Of course, we heard earlier that this is the fact, particularly in mental health, but in all of these things, fetal alcohol syndrome and so forth.

I am raising this because I want to bring before the subcommittee some real experts in this area. There does not seem to be much happening in this area in Canada at the present time. Before you leave, would you come to me if any of you know of expertise any place in the world in this area and, with that, I will move on to the other senators.

Would you like to make a comment? Please feel free to do so.

Mr. Shankar: We can give you some names afterwards of scientists in Canada who are doing this kind of research.

The Chairman: If you wish to expand and comment on that field, please do so, but Senator Pépin has some questions.

Senator Pépin: Thank you for coming. I will try to speak in English; otherwise, I will have to switch to French.

The three presentations were wonderful and will help us in our recommendations. My first question is for Mr. Shankar.

You mentioned the possibility of being able to look at the brain of a child, starting at six to 12 months or maybe four to six months. How many medical centres or hospitals have the technology you are talking about?

We know that you probably need a referral for those children. Since the majority of parents do not know this technology exists, does it mean they go to you because they have a feeling one of their children is sick and they have a referral? Where does the

est difficile d'interrompre de tels programmes, une fois qu'ils ont été lancés. Nous ne nous donnons pas les moyens de savoir quels programmes fonctionnent ou ne fonctionnent pas, ni de nous assurer que l'argent des contribuables est utilisé à bon escient.

Je vous remercie de m'avoir offert cette occasion de vous faire part de mes commentaires. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions ou de réagir à vos préoccupations.

Le président : Merci.

L'une des choses sur lesquelles le Dr Mustard a insisté les dernières fois où j'ai eu l'occasion de lui parler est que nous avons dû remonter avant la naissance et commencer à réfléchir au développement intra-utérin au point que cela nous coûte très cher maintenant. La réunion médicale de la fin de semaine dernière a été très intéressante. C'est ainsi que l'une des choses que l'on découvre maintenant, à laquelle j'ai consacré ma vie est que les maladies cardiaques, et en particulier les maladies cardiaques congénitales, sont pour l'essentiel un effet de la mauvaise nutrition de l'enfant quand sa mère le portait. Le cœur ne peut pas grossir, on voit des trous y apparaître, des valves marchent mal, et cetera parce que les éléments nutritifs qui permettent la croissance normale du cœur ne sont pas présents. Cela fait bien sûr longtemps que nous avons entendu dire cela, en particulier en santé mentale, et au sujet de quantités d'autres troubles comme le syndrome de l'alcoolisme fœtal, et cetera.

Je soulève cette question parce que j'aimerais que le sous-comité entende certains vrais spécialistes dans ce domaine. Il ne semble pas qu'il se passe grand-chose dans ce domaine au Canada actuellement. Avant que vous ne partiez, si l'un d'entre vous connaît des personnes compétentes travaillant n'importe où dans le monde dans ce domaine, veuillez, s'il vous plaît, me le dire. Je vais maintenant donner la parole aux autres sénateurs.

Aimeriez-vous formuler un commentaire? Sentez-vous libre de le faire.

M. Shankar : Nous pourrions vous donner plus tard les noms de quelques scientifiques canadiens qui font ce type de recherches.

Le président : Si vous voulez entrer davantage dans les détails et faire des commentaires sur ces questions, faites-le, mais le sénateur Pépin a également quelques questions à poser.

Le sénateur Pépin : Je vous remercie d'être venus. Je vais essayer de m'exprimer en anglais pour éviter d'avoir à passer au français.

Les trois exposés que nous avons entendus étaient très intéressants et nous aiderons à rédiger nos recommandations. Ma première question est destinée à M. Shankar.

Vous avez indiqué qu'il est dorénavant possible d'examiner le cerveau d'un enfant, à compter de l'âge de 6 ou de 12 mois, ou peut-être entre quatre et six mois. Combien de centres médicaux ou d'hôpitaux disposent de la technologie dont vous parlez?

Nous savons que ces enfants doivent probablement être référés par un médecin pour accéder à ce service. Comme la majorité des parents ignorent que cette technologie existe, cela veut-il dire qu'ils vont vous voir parce qu'ils ont le sentiment que leur enfant

technology exist? Is it paid by medicare? What kind of environment do we need to prevent this? What should we do to have that kind of technology across the country in every hospital?

Mr. Shankar: Those are all wonderful questions. Can I tell you the story about how Dr. Mustard talked me into taking over for him?

This is something Dr. Kramer put his finger on and is an important point. In my institute at York, we were given \$5 million by a private foundation. I spend \$60,000 per year on every child that comes into my clinic. Children need a minimum of two years to get the benefit, sometimes three to four, so this is anywhere from \$120 to a \$0.25 million for one child.

Dr. Mustard called me to his office and asked how many kids I can treat and how we can translate this into a population program for the country — because you cannot do what we are doing, right? Is there a way for us to take the science and translate it into a model that we could not rule out on a population program basis?

What we were talking about before the meeting started was that Dr. Mustard had been meeting in Cuba for several years. In 1961, Castro set up daycares and he did exactly what Dr. Kramer said needs to be done. He commissioned his scientists to say: Look, this is not just giving moms a chance to work. This is an experiment on kids, so you need to study every aspect of it.

The Cubans did this. I have been reading the material. They looked at it carefully and got incredibly good results.

In the mid-1980s, Castro said: Can you translate what you have achieved with these *circulos infantiles* or state nurseries — which only served about 20 per cent of the population — into a population program? He made this the great challenge of the late 1980s for all the developmental scientists and pediatricians. They started to work on how you might use parents as your front line for delivering the clinical knowledge and service we do in my institute.

Today, they have an entirely voluntary program that has a 99 per cent uptake. In other words, everyone in the country gets covered by this. They took their clinicians and ECEs and trained them in all the things I do, and then started asking whether they could boil this down, simplify it, and get it into materials and a format that anyone can understand. It turns out it is not that hard.

est malade ou parce qu'ils vous sont référés par un médecin? Où cette technologie est-elle disponible? Est-elle couverte par l'assurance-maladie? De quel type d'environnement avons-nous besoin pour empêcher ceci? Que devrions-nous faire pour disposer de ce genre de technologie dans tous les hôpitaux du pays?

M. Shankar : Toutes vos questions sont fort intéressantes. Puis-je vous raconter comment le Dr Mustard a réussi à me convaincre de prendre sa suite?

C'est une question importante sur laquelle le Dr Kramer a mis le doigt. Dans l'institut dans lequel je travaillais à York, nous recevions cinq millions de dollars d'une fondation privée. J'ai dépensé 60 000 \$ par an pour chaque enfant venu dans ma clinique. Les enfants ont besoin d'au moins deux ans pour retirer les avantages du traitement, parfois trois ou quatre, et il en coûte donc entre 120 000 et 250 000 \$ pour un enfant.

Le Dr Mustard m'a convoqué dans son bureau et m'a demandé combien d'enfants je peux traiter et comment il serait possible d'adapter cela à un programme s'appliquant à l'ensemble de la population du pays, parce que vous ne pouvez pas faire ce que nous faisons, n'est-ce pas? Y a-t-il une façon pour nous de faire appel aux connaissances scientifiques et de les convertir en un modèle que nous ne pourrions pas appliquer sur une base de population.

Ce dont nous avons parlé avant le début de la réunion, était que le Dr Mustard a eu des réunions à Cuba depuis plusieurs années. En 1961, Castro a mis sur pied des garderies et a fait précisément ce que le Dr Kramer indiquait comme nécessaire à faire. Il a demandé aux scientifiques de son pays d'examiner l'objet en précisant qu'il ne s'agissait pas là simplement d'une occasion pour maman d'avoir un travail. C'est là une expérience sur les enfants, et vous devez donc étudier tous les aspects de leur vie.

Les Cubains ont fait ceci. J'ai lu les documents. Ils les ont étudiés soigneusement et ont obtenu de très bons résultats.

Au milieu des années 1980, Castro a demandé s'il était possible de passer de l'étape des garderies et des jardins d'enfants, qui ne desservaient qu'environ 20 p. 10 de la population, à un programme touchant l'ensemble de la population? Il en fait le grand défi de la fin des années 1980 pour tous les scientifiques et les pédiatres faisant du travail de développement. Ils ont commencé à étudier comment utiliser éventuellement les parents comme notre première ligne pour transmettre les connaissances cliniques et fournir les services cliniques dont nous disposons dans mon institut.

Ils ont aujourd'hui un programme totalement bénévole auquel le taux d'adhésion est de 99 p. 100. En d'autres termes, tous les habitants du pays sont couverts par ce programme. Ils ont pris leurs cliniciens et leurs éducateurs de la petite enfance et les ont formés à faire tout ce que je fais, et ont ensuite commencé à se demander s'il leur était possible de simplifier le tout et de produire des documents et de fournir l'information dans une présentation compréhensible par tous. Il s'est avéré que ce n'est pas si difficile que cela.

We use these sophisticated tests to look at our kids, and the clinicians say to the parents: Does your four-month-old or your six-month-old initiate interactions? That is brilliant. One of the things we know is that a child with problems may respond well if you are rich in affect, if you work with the child to get the child cooking, but the child does not initiate. At the end of the day, it is that failure to initiate which is a potent sign of a potential problem down the road.

Now, the ECE is working with mom and dad who say that the child is a happy guy, but they ask whether he initiates at home. Now mom and dad are looking for the thing that, as scientists, we are spending all this money on. The parents come back the next week and say that the child really does not initiate.

Now what do you do? We were spending a lot of money training clinicians, and the problem is that a clinician can never do as good a job as mom and dad. There are many reasons for this. You get a dose effect and intimacy with mom and dad. Also, each of us has idiosyncratic ways of communicating, like the way I am doing now. The child understands the non-verbal gestures of mom and dad but has trouble with similar gestures from others.

We were not thrilled with how well we were doing in our clinic, so we started to bring mom and dad in, and now our clinicians are really just coaches trying to instill this knowledge in parents. That is what Cuba did on a national basis and on a shoestring.

What are the results? I will give you one. We are conducting a huge study on Cuba now. We have a 0.66 rate of autism in Canada. It may not be that high because there may be a lot of misdiagnosis going on. Whatever the case, the rate of autism is pretty high. One in 150 kids has autism. Cuba is reporting 0.042 per cent.

I have looked at Cuba's data. It looks pretty good. The only way we will know for sure is to come in and do it ourselves, and they have agreed to allow us to do that. It looks like, through parents, you can pick up problems at a very young age and either prevent the problem or significantly mitigate it to the point where the child can function in a normal school environment.

Does that answer your questions about the way we are thinking about doing it? However we do this, it has to be working with parents and teachers. It cannot be doing what I am doing at York; it is just too expensive.

Senator Pépin: Is there only one centre right now?

Mr. Shankar: There are about three centres in the country.

Nous utilisons ces tests sophistiqués pour étudier nos enfants, et les cliniciens demandent aux parents si leur enfant de quatre ou six mois est à l'origine d'interactions. C'est brillant. Une chose que nous savons est qu'un enfant ayant des problèmes peut bien réagir s'il évolue dans un contexte riche en affection. Si vous travaillez avec l'enfant pour l'amener à agir, mais que l'enfant ne prend pas d'initiative. À la fin de la journée, c'est cette absence de prise d'initiative qui peut laisser entrevoir un problème éventuel par la suite.

Maintenant, l'éducateur de la petite enfance collabore avec maman et avec papa qui disent que l'enfant est heureux, mais ils leur demandent s'il prend des initiatives à la maison. Nous sommes rendus là au point où papa et maman observent les comportements auxquels nous consacrons nos études. Les parents reviennent la semaine suivante et nous disent que, en pratique, l'enfant ne prend pas d'initiative.

Et maintenant, que faites-vous? Nous avons dépensé beaucoup d'argent à former des cliniciens et le problème est qu'un clinicien ne peut jamais faire aussi bien qu'une mère ou qu'un père. Il y a de nombreuses raisons à cela. Il y a un effet de dose et l'intimité que l'on a avec un père et une mère. Chacun de nous a également des façons idiosyncrasiques de communiquer, comme je le fais maintenant. Les enfants comprennent les attitudes non verbales de leur mère et de leur père mais ont de la difficulté à interpréter des gestes similaires des autres.

Nous n'avons pas été impressionnés par notre performance dans notre clinique, et nous avons lors invité les parents à y venir, et nos cliniciens sont dorénavant simplement des instructeurs qui essaient d'insuffler des connaissances aux parents. C'est ce que Cuba a fait à l'échelle nationale et avec un budget minime.

Quels sont les résultats? Je vais vous en donner un. Nous procédons actuellement à une vaste étude sur ce qui se passe à Cuba. Nous avons au Canada un taux d'autisme de 0,66. Il se peut qu'il ne soit pas aussi élevé que cela parce que beaucoup de diagnostics erronés sont posés. Quoi qu'il en soit, le taux d'autisme est passablement élevé. Un enfant sur 151 est autiste. Cuba fait état de 0,042 p. 100.

J'ai examiné les données de Cuba. Elles ont l'air plutôt bonnes. La seule façon pour nous de le vérifier est d'y aller et d'analyser nous-mêmes la situation. Ils nous ont autorisés à le faire. Il semble que, en faisant appel aux parents, vous pouvez détecter des problèmes beaucoup plus jeunes et soit empêcher le problème de se manifester, soit l'atténuer de façon importante, jusqu'à un niveau où l'enfant est en mesure de fonctionner normalement dans un contexte scolaire.

Cela répond-il à vos questions sur la façon dont nous envisageons de procéder? En tout cas, c'est ce que nous faisons et les résultats ont été bons avec les parents et les enseignants. Il n'est pas possible de procéder de la même façon que je le fais à York; c'est trop coûteux.

Le sénateur Pépin : Y a-t-il un centre fonctionnant de cette façon actuellement?

M. Shankar : Il y a environ trois centres au pays.

Senator Pépin: I realize that we have to educate the parent. We have been working on child care for so many years. I was in the House of Commons in the early 1980s and pushing for child care. Maybe we can educate the parents when the children go to child care, because where will we be able to reach them?

Mr. Shankar: I would like to follow up on what Dr. Kramer was saying, I loved what he said about daycare. It is a social experiment, but nobody saw it as one. The parents were cut out of the process, so there was no parental education as a core element of all of this.

When we look at the things Dr. Kramer was talking about — all these toxins that might be affecting the fetus, the embryo and the infant — the other thing we are starting to worry about is that we live in a society today where something like 83 per cent of our country is living in a city. This is a very different Canada from the Canada of 30 or 40 years ago.

I live in the country. I live on an island and have a five-year-old and a two-year-old. My kids are happy because they can go out the front door and there are no cars. I take my children to Toronto and they are overwhelmed and I can see them closing down. I worry about this as another element of what Dr. Kramer was describing, the assaults of an urban existence on a young, developing mind and brain, and also the demands that we are now making on our children. These demands are very different from the last generation.

The Chairman: Dr. Kramer, we would not want to miss the opportunity for expanding on Senator Pépin's intervention. What can we do in the future with the parents?

Senator Pépin: What would be the best way?

Dr. Kramer: I am not sure that we know. There are some general principles about involving the parents that seem pretty clear. There is much we do not know about what parents should be doing and what daycare and teachers and others should be doing, not only to optimize development but also other aspects of health in children. We have this curious scientific double standard where you cannot get a drug on the market, which I agree with, without rigorous randomized trials. That is to treat a few people who have the disease treatable by that drug, and yet we implement all these programs across the board because it is like what clinicians used to do. It sounds like we will do this and this because it seems like it should work. The scientific standard for a program that affects all children in a community or a country is not as high as the ones we insist on for drugs. That is a scientific standard which is difficult for me to defend.

Le sénateur Pépin : Je réalise fort bien que nous devons éduquer les parents. Nous avons travaillé sur les garderies pendant tant d'années. Je siégeais à la Chambre des communes au début des années 1980 et je me battais alors en faveur de ces garderies. Nous pourrions peut-être éduquer les parents quand les enfants vont à la garderie, parce que c'est là une occasion de les joindre.

M. Shankar : J'aimerais poursuivre dans le prolongement de ce que disait le Dr Kramer. J'ai apprécié ce qu'il a dit des garderies. C'est une expérimentation sociale, mais personne ne l'a perçue comme cela. Les parents ont été éliminés du processus, et il n'y avait donc pas d'éducation parentale comme élément de base de tout ceci.

Quand nous examinons ce dont parlait le Dr Kramer, toutes ces toxines qui peuvent nuire au fœtus, à l'embryon et au nouveau-né, l'autre question dont nous commençons à nous inquiéter est que nous vivons aujourd'hui dans une société où près de 83 p. 100 de notre population vit dans des villes. La situation est très différente de celle du Canada, d'il y a 30 ou 40 ans.

Je vis à la campagne. Je vis sur une île et j'ai un enfant de cinq ans et un autre de deux ans. Ils sont heureux parce qu'ils peuvent aller dehors et qu'il n'y a pas de voitures. Lorsque j'amène mes enfants à Toronto, je constate qu'ils sont submergés par tout ce qu'ils découvrent et je les vois se replier sur eux-mêmes. Je me demande s'il ne s'agit pas là d'un autre élément de ce que décrivait le Dr Kramer, les agressions du milieu urbain sur un jeune cerveau et un jeune esprit en train de se développer, et je me demande ce qu'il en est de nos attentes envers nos enfants. Celles-ci sont très différentes de ce qu'elles étaient pour la dernière génération.

Le président : Docteur Kramer, nous ne voulons pas manquer cette occasion d'exploiter au maximum l'intervention du sénateur Pépin. Que pouvons-nous faire à l'avenir avec les parents?

Le sénateur Pépin : Quelle serait la meilleure façon?

Dr Kramer : Je ne suis pas sûr que nous le sachions. Certains principes généraux sur l'implication des parents semblent assez clairs. Nous ignorons beaucoup de choses sur ce que les parents devraient faire et quant à savoir ce que devraient faire les garderies, les enseignants et les autres, ils devraient non seulement optimiser le développement mais également tous les autres aspects de la santé des enfants. Nous avons cette double norme scientifique surprenante, qui veut que nous ne puissions mettre sur le marché un médicament, ce avec quoi je suis d'accord, sans avoir procédé à des essais aléatoires rigoureux. Cela veut dire qu'on traite quelques personnes souffrant de la maladie que ce médicament doit soigner, et en même temps nous mettons en œuvre tous ces programmes parce que c'est de cette façon que les cliniciens avaient l'habitude de procéder. Il semble que nous allons faire ceci et ceci parce qu'on a l'impression que cela devrait fonctionner. La norme scientifique pour un programme qui touche tous les enfants d'une collectivité ou d'un pays n'est pas aussi rigoureuse que celle que nous imposons pour les médicaments. C'est là une norme scientifique que je trouve difficile à défendre.

I am skirting your question because I do not know the answer. I think these people probably have a better idea than I about what parents should or should not be doing. We are not doing a good enough job ensuring programs that get funded and are then very difficult to discontinue are actually having the desired effect. I am not talking about the kind of research being done in a research laboratory.

The Chairman: If the answers were there, we would not be doing this two-year project. We are justifying our existence.

Mr. Goelman: I realized in my presentation that I talked about the benefits for the child. If I had had another two to five minutes, I would have talked about the benefits to the parents and the family as well. Good child care is a family support program. It helps the children cognitively, socially and emotionally. We do have hard data for that. The United States has good longitudinal studies looking at daycare centres. It also has a positive impact on the family as well. It is a great vehicle for family education, information on immunizations for children, screening for early disabilities and all kinds of early warning signs go off that child care people can pick up on.

We are finding that there are some measurable outcomes in terms of child development but also in family networking in the community, with new families in the area, and identifying who is the public health nurse. I see the effects of child care as a ripple effect, starting with the child but going out from there. There is good data from the United States and Canada for that.

Senator Gustafson: I hope that my questions are straightforward enough that we are not just politically correct here.

We have a society today that is demanding parents to be out of the home. The emphasis is on daycare centres. You indicated the next generation will probably not live as long as the current generation. Can the mother and father in the home be replaced? I see you shaking your head.

Mr. Goelman: I do not think so, and I do not think any of us would advocate for that. We see child care not as replacing the parents but supporting parents. The front page of today's *Globe and Mail* shows the unemployment rate is the lowest it has been. Everyone is in the workforce and we are strapped with it. That will not change, but it is important to turn the question around and ask how can daycare support working parents? How can it give parents the support they need?

Dr. Kramer: I have two points. One is the prediction that has been made about children today not living as long as their parents may turn out to be untrue. You should not underestimate the power of medical and scientific breakthroughs to change that

J'esquive votre question parce que je ne connais pas la réponse. Je crois que ces gens ont probablement une meilleure idée que moi sur ce que les parents devraient faire ou ne pas faire. Nous ne faisons pas un assez bon travail pour nous assurer que les programmes, qui sont financés et très difficiles à interrompre, ont en réalité les effets souhaités. Je ne parle pas du genre de recherches faites dans un laboratoire de recherche.

Le président : Si nous avions les réponses, nous ne travaillerions pas à ce projet d'une durée de deux ans. Nous justifions notre existence.

M. Goelman : J'ai réalisé en faisant mon exposé que je parlais des avantages pour les enfants. Si j'avais disposé de deux à cinq minutes de plus, je vous aurais parlé des avantages pour les parents et pour les familles également. Un bon service de garderie est un programme de soutien à la famille. Il apporte une aide cognitive, sociale et émotionnelle aux enfants. Nous avons des faits précis qui étayaient cette affirmation. Les États-Unis ont réalisé de bonnes études longitudinales qui étudient les centres de garderie. Ceux-ci ont également un effet positif sur la famille. C'est un excellent moyen pour l'éducation de la famille, l'information sur la vaccination des enfants, la détection hâtive des handicaps et de tous les signaux d'avertisseurs que peuvent relever les gens qui prennent soin des enfants.

Nous observons qu'il y a certains résultats mesurables du développement des enfants, mais aussi en ce qui concerne le réseautage des familles dans la collectivité, avec les nouvelles familles de la région, et que cela permet, par exemple, de savoir qui est l'infirmière en santé publique du quartier. Un service de garderie a des effets d'entraînement, qui commencent à se manifester chez l'enfant mais qui vont au-delà. On dispose de bonnes données d'origine américaine et canadienne dans ce domaine.

Le sénateur Gustafson : J'espère que mes questions sont assez directes pour que nous ne nous enfermions pas ici dans la rectitude politique.

La société qui est la nôtre aujourd'hui demande aux parents de sortir de la maison. L'accent est mis sur les garderies. Vous avez rappelé que la prochaine génération ne vivra probablement pas aussi longtemps que la génération actuelle. Est-il possible de remplacer la mère ou le père à la maison? Je vous vois hocher la tête.

M. Goelman : Je ne le crois pas, et je crois qu'aucun d'entre nous ne serait partisan d'une telle solution. À nos yeux, la garderie ne remplace pas les parents mais leur vient en aide. On voit à la une du *Globe and Mail* d'aujourd'hui que le taux de chômage est plus faible qu'il ne l'a jamais été. Tout le monde travaille et nous sommes pris dans ce système. Cela ne va pas changer, mais il est important de prendre la question dans l'autre sens et de nous demander comment la garderie peut apporter un appui aux parents qui travaillent. Comment peut-elle apporter aux parents l'aide dont ils ont besoin?

Dr Kramer : J'ai deux remarques à faire. La première est que la prédiction voulant que les enfants d'aujourd'hui ne vivent pas aussi longtemps que leurs parents pourrait s'avérer inexacte. Il ne faut pas sous-estimer l'efficacité des percées médicales et

prediction. That has more to do with the obesity epidemic. Certainly children today are a lot fatter and less physically active than their parents were a generation ago. That, as we know, is a society-wide problem and unless we fix it, even if they live as long as their parents, they will be living with a lot more health problems. That situation is critical. That problem is not related to daycare, mothers going into the workforce or the change in family structure.

It seems unlikely to me that having women in the workforce soon after giving birth will be reversed in the near future by Canada or any other developed country, nor will women having children later on in their lives and developing careers first before having children be likely to change. Given those changes, there are some things we could do as a society to make things better. Sweden, France and other European countries have much more generous maternal leave legislation than we do in Canada. Whether it is daycare or stopping breastfeeding — a very important issue for child development as well as health — at three months because the parent has to go back to work or takes the choice of either going back to work or losing income, is something Canada could and should address. Many other countries have addressed this more successfully. We cannot reverse the general societal trends but we can make some improvements in our society that can help mitigate the adverse effects of those trends.

Senator Gustafson: I have one more question. It is pretty well answered. In Canada, we are cramming our population into four major cities. For one thing, it has become a political nightmare. That is where the votes are which is where the members focus and that is the trend.

A country like Canada should not be doing this. We have a country of open spaces and great opportunity. Do you think that impacts early child development and the lives of young people? I am a farmer. Try and get someone to work on the farm today. You cannot do it. I am careful to even say this because you might take it wrong, but you see a successful person and you ask how did he get there? He got there through the school of hard knocks. We had Senator Mahovlich in committee last night telling us about why the best hockey players seem to come out of rural Canada. The reason is the school of hard knocks. We were tough. He named Gordie Howe, Bobby Hull and some of the most successful athletes in the country.

How does that fit in or does it not?

Mr. Goelman: My colleague, Clyde Hertzman, would point out that we have been doing assessments in various areas of British Columbia. In many rural communities, the economics stats might

scientifiques pour modifier une telle prédiction. Cela s'applique davantage à l'épidémie d'obésité. Il est certain qu'aujourd'hui les enfants sont beaucoup plus gros et beaucoup moins actifs que leurs parents l'étaient il y a une génération. À ce que nous savons, c'est un problème qui touche toute la société et, à moins que nous y apportions une solution, même s'ils vivent aussi longtemps que leurs parents, ils auront à subir beaucoup plus de problèmes de santé. Cette situation est critique. Ce problème est sans lien avec les garderies, avec le travail des mères ou avec l'évolution de la structure familiale.

Il me semble peu probable d'assister dans un proche avenir au Canada, ou dans tout pays industrialisé au renversement de la tendance voulant que les femmes retournent au travail rapidement après avoir donné naissance ni que des femmes et des enfants à un âge plus avancé et se consacrent à leur carrière avant d'avoir des enfants. Étant donné ces changements, il y a un certain nombre de choses que nous pourrions faire comme société pour améliorer la situation. La Suède, la France et d'autres pays européens ont adopté des législations beaucoup plus généreuses sur les congés de maternité que nous au Canada. Qu'il s'agisse des garderies ou de l'interruption de l'allaitement maternel, une question très importante pour le développement des enfants et pour leur santé, à trois mois parce que les parents doivent retourner au travail ou choisir entre le retour au travail et la perte de revenu. C'est là un problème dont le Canada pourrait et devrait s'occuper. Un grand nombre de pays ont connu plus de succès dans ce domaine. Nous ne pouvons pas inverser les grandes tendances sociétales mais nous pouvons apporter quelques améliorations à notre société qui contribueront à atténuer les effets néfastes de ces tendances.

Le sénateur Gustafson : J'ai une autre question et on connaît assez bien la réponse. Au Canada, nous concentrons notre population dans quatre grandes villes. Par certains côtés, c'est devenu un cauchemar politique. C'est là que se trouvent les électeurs et donc là que les députés portent avant tout leur attention et c'est la tendance.

Un pays comme le Canada ne devrait pas se comporter de cette façon. Nous avons un pays offrant beaucoup de grands espaces et de possibilités. Pensez-vous que cela a de répercussions sur le développement de la petite enfance et sur la vie des jeunes? Je suis agriculteur. Essayez de trouver quelqu'un pour venir travailler sur une ferme aujourd'hui? Vous n'y arriverez pas. Je suis prudent en disant ceci, parce que vous pourriez mal l'interpréter, mais vous voyez une personne qui a réussi et vous vous demandez comment elle y est arrivée? Elle y est arrivée parce qu'elle s'est heurtée aux dures réalités de la vie. Nous avons entendu hier soir en comité le sénateur Mahovlich qui nous expliquait pourquoi les meilleurs joueurs de hockey semblent venir des régions rurales du pays. C'est parce qu'ils se sont heurtés aux dures réalités de la vie. Nous étions des durs. Il a cité Gordie Howe, Bobby Hull et quelques-uns des plus grands athlètes de ce pays.

Est-ce que cela cadre ou non avec ce que vous disiez?

M. Goelman : Mon collègue, Clyde Hertzman, vous dirait que nous avons procédé à des évaluations dans diverses régions de la Colombie-Britannique. Dans de nombreuses collectivités rurales,

indicate that the kids are not doing all that great but, in fact, they are doing great. When we look at those communities more carefully, we see they have a lot of things going for those kids, such as more social cohesion, people know each other, they trust each other, their fathers knew each other's grandfathers and uncles. They did not need daycare centres because they had informal networks. What you are saying is borne out by the research that I know. In successful parts of rural Canada, those communities are strong and we in large urban areas without those informal networks need to learn from what rural Canada can teach us. That is based more on an impression than on hard data, but I certainly agree with what you are saying.

Mr. Shankar: I would try to reinforce something Dr. Kramer is saying. I think Dr. Kramer put his finger on what I regard as the most profound comment we could make today. He is talking about creating a science of population health — about looking at these questions on the basis of our scientific facts. He used the model of what we did with smoking. To this point, this debate has been very politicized, as was the smoking debate, until finally science got robust enough. I resonated with his subtle remark. I love living in the country. I cannot imagine anyone wanting to live in Toronto. I can imagine wanting to live in Ottawa today. I am optimistic about this city for tomorrow night. Our job is to look at this scientifically to try to see the country place these questions on a scientific basis. We have the tools to look at what Mr. Goelman just described. We have different kinds of tools, such as brain tools and tools for setting community development. The point is that we have not done it. Your question is interesting.

The reality of life today is that this is the reality. We have seen the collapse of the extended family. We see parents coming into our clinic who do not know how to breastfeed. We had to hire a breastfeeding coach, literally. That cost me \$50,000 a year. You can try to influence the process whereby we treat these questions seriously, and recruit the scientific talent that exists across the country so that we can make informed answers, given whatever the reality is.

Senator Fairbairn: I, too, have been mesmerized in my life by Dr. Mustard because of work I stumbled upon many years ago to be involved in literacy. That is another issue we are discussing in this committee almost simultaneously with these other ones.

Talking about children, I recall Dr. Mustard saying early on many years ago in his first report that, if given the opportunity and the encouragement, a child, by the time it is 18 months old, will have all its connections connecting and they are ready to take in a great deal more. He said for both the parents and the children to use that experience to learn in every way they can, including early childhood reading, understanding and that kind of thing. It

les statistiques économiques révèlent que les résultats concernant les enfants ne sont pas extraordinaires, mais, en réalité, ils sont bons. Quant on étudie ces collectivités de façon plus attentive, on voit qu'elles ont beaucoup de choses à offrir à ces enfants, comme une plus grande cohésion sociale, des gens qui se connaissent entre eux, qui ont confiance entre eux, leur père connaissait leurs grands-parents et leurs oncles respectifs. Ils n'avaient pas besoin de garderies parce qu'il y avait des réseaux informels. Ce que vous dites est étayé par la recherche dont je parle. Dans les régions du Canada rural qui ont réussi, ces collectivités sont solides et nous, qui vivons dans les grandes régions urbaines, sans ces raisons informelles, avons besoin d'apprendre ce que le Canada rural peut nous enseigner. Cela repose davantage sur des impressions que sur des faits précis, mais je suis certainement d'accord avec ce que vous dites.

M. Shankar : Je vais essayer d'ajouter quelque chose à ce qu'a dit le Dr Kramer. Je crois qu'il a mis le doigt sur ce qui me paraît le commentaire le plus profond que nous pourrions faire aujourd'hui. Il parle de créer une science de la santé de la population, qui étudierait ces questions sur la base de faits scientifiques. Il utilise le modèle de ce que nous avons fait pour le tabagisme. Jusqu'à maintenant, ce débat a été très politisé, comme celui sur le tabagisme, jusqu'à ce que la science finisse par être assez affirmative en la matière. J'ai réagi à sa remarque subtile. J'aime vivre à la campagne. Je ne peux pas imaginer quelqu'un qui veuille vivre à Toronto. Je peux par contre imaginer vouloir vivre à Ottawa aujourd'hui. Je suis optimiste au sujet de cette ville pour demain soir. Notre travail est d'analyser tout cela de façon scientifique pour parvenir à ce que le pays étudie ces questions sur une base scientifique. Nous disposons des outils pour étudier ce que M. Goelman vient juste de décrire. Nous avons divers types d'outils, comme des outils pour le cerveau et des outils pour faciliter le développement communautaire. Nous ne l'avons toutefois pas fait. Votre question est intéressante.

Concrètement, c'est la réalité d'aujourd'hui. Nous avons assisté à l'effondrement de la famille élargie. Nous voyons des parents qui se présentent à notre clinique et qui ne savent pas comment allaiter un enfant. Nous avons dû, au sens propre, embaucher une spécialiste de l'allaitement. Cela nous coûte 50 000 \$ par année. Vous pouvez essayer d'exercer une influence sur le processus qui nous permet de traiter ces questions sérieusement, et de recruter les compétences scientifiques qui existent partout au pays pour pouvoir donner des réponses éclairées, étant donné la réalité à laquelle nous sommes confrontés.

Le sénateur Fairbairn : J'ai moi aussi été époustoufflée tout au long de ma vie par le Dr Mustard dans le cadre du travail dont je me suis occupée pendant des années en matière d'alphabétisation. C'est une autre question dont ce comité traite presque simultanément avec les autres.

Pour en revenir aux enfants, je me souviens que le Dr Mustard disait, il y a de nombreuses années, dans son premier rapport que, étant donné les possibilités et les aides, un enfant, au moment où il aura atteint 18 mois, aura toutes ses connexions en état de marche et sera prêt à aller beaucoup plus loin. Il voulait que les parents et les enfants se servent de cette expérience pour apprendre toutes les façons possibles, y compris enlisant et en comprenant la petite

was not so long ago that he talked about this and it was innovative and helpful to the literacy community. Yet today, we are surrounded by technology and all of the corners it can turn in terms of learning and doing things no matter what age you are.

One of you spoke about children going into Grade 1 and the need to be connected and rolling along in a certain way. If not, it becomes increasingly more difficult for them as they go through their years at school.

What can we do when we know so much more about the science of health? What can we do to help parents because they are the first teachers, whether they like it they are? For many years in some provinces — Nova Scotia, Manitoba and Alberta — foundations have been put together, although not by government, to offer programs. For example, a hospital will not let the parent take the child home from hospital unless they have gone through a rigorous program and received the information package on how important this is and that, if they do not or cannot do it, their child is already in a deficit situation.

How does that figure in with the kinds of things you are doing? It should be simple but it is not simple. Now, despite our technology, it does not seem to be any more effective or any easier to do. Have you any comments on that?

Mr. Shankar: I will tell you a story about *Baby Einstein*. Do you know what that is? *Baby Einstein* is a video that was created by a psychologist. She said that the video is just a tool. She said at the beginning that it is for the parent to interact with their child and that it only works if they use it as a basis to initiate playful interactions back and forth. She was pretty good, and Disney bought it. I want to tie this in to what Dr. Kramer was saying. I worry about the toxic effects of our neighbour to the south because they do things that are not that great for kids.

Unfortunately, what Disney did with *Baby Einstein* is a lesson on what is happening to our technology. They did marketing surveys and found that 90 per cent of the parents who buy the video do so because it gives them 35 minutes to cook dinner or do other things. That is why they bought the video. They also found that these guys had a real problem in that babies tend to get bored with *Baby Einstein* and that screws up mom's hope for 35 minutes to get things done. They came up with the idea to just keep the images clicking over every couple of seconds. I was at a conference a couple of weeks ago in the United States with a bunch of neuroscientists. They said you can no longer use video for workups because, with *Baby Einstein*, these kids have been conditioned to have one-second attention span. We have to figure out new ways to do it because we have a population now that (a) is not reading to their kids and (b) is not holding the child.

enfance, et tout ce genre de choses. Il n'y a pas si longtemps qu'il parlait de tout cela et c'était une approche novatrice et utile pour le milieu de l'alphabétisation. Et encore aujourd'hui, nous sommes envahis par la technologie et, où que l'on se tourne il est possible d'apprendre et de progresser, quel que soit votre âge.

L'un d'entre vous a parlé des enfants qui entrent en première année et de la nécessité d'être connecté et de suivre un certain cheminement. Si ce n'est pas le cas, les choses deviennent alors de plus en plus difficiles pour eux au fur et à mesure qu'ils avancent dans le système scolaire.

Que pouvons-nous faire alors que nous savons tant de choses en plus sur les sciences de la santé? Que pouvons-nous faire pour aider les parents parce que ce sont eux les premiers enseignants, que cela leur plaise ou non? Dans certaines provinces, comme la Nouvelle-Écosse, le Manitoba et l'Alberta, cela fait de nombreuses années que des fondations ont été mises sur pied, mais pas par les gouvernements, pour offrir des programmes. C'est ainsi qu'un hôpital ne laissera pas les parents partir avec un nouveau-né sans leur avoir fait suivre un programme rigoureux et leur avoir remis un dossier d'information sur l'importance de ceci et de cela et en leur expliquant que s'ils ne le font pas ou ne peuvent pas le faire, leur enfant est déjà pénalisé.

Comment cela cadre-t-il avec le genre de choses que vous faites? Cela devrait être simple mais ce ne l'est pas. Maintenant, malgré la technologie dont nous disposons, cela ne semble pas plus efficace ni plus facile à faire. Avez-vous des commentaires à faire dans ce domaine?

M. Shankar : Je vais vous raconter une histoire au sujet de *Baby Einstein*. La connaissez-vous? *Baby Einstein* est une vidéo qui a été préparée par une psychologue. Il s'agissait pour elle d'un outil. Elle expliquait au début que celle-ci était destinée aux parents pour interagir avec leurs enfants et qu'elle donnait de bons résultats uniquement s'ils l'utilisaient comme base pour mettre en marche des interactions plaisantes dans les deux sens avec leurs enfants. C'était une bonne vidéo et Disney l'a achetée. Je veux faire le lien avec ce que disait le Dr Kramer. Je m'inquiète des effets toxiques de notre voisin du sud parce qu'ils font beaucoup de choses qui ne sont pas géniales pour les enfants.

Malheureusement, ce que Disney a fait de *Baby Einstein* est une leçon de ce qui se produit avec notre technologie. Ils ont fait des enquêtes de marketing et constaté que 90 p. 100 des parents qui achetaient la vidéo le faisaient parce qu'elle leur permettait de disposer de 35 minutes pour faire la cuisine ou autre chose. C'est la raison pour laquelle ils achetaient la vidéo. Ces enquêtes ont également permis d'apprendre que ces gens avaient un problème parce que les bébés s'habituait à *Baby Einstein* et trouvaient la vidéo ennuyeuse et que l'espoir des mères de disposer de 35 minutes pour faire autre chose était déçu. Ils ont alors eu l'idée de ne faire avancer les images qu'au bout de quelques secondes. J'assistais à une conférence il y a quelques semaines aux États-Unis avec un groupe de neuroscientifiques. Ils ont affirmé qu'il n'est plus possible d'utiliser la vidéo pour faire ce genre de travail, parce que, avec *Baby Einstein*, ces enfants ont été

We have studies from 30 years ago that show the more you read to a kid the sooner and better the child can read. Now we have TV and videos.

Mr. Goelman: There are some great programs. One that is across the country now is called the *Parent-Child Mother Goose* program, where parents come together with their kids and learn chants, rhymes and finger plays. What it is really about is — as we know from neuropsychology — kids and moms are wired to look at each other and be responsive. We also know that, as children grow and change, children or the parents need to learn new dance steps; it is a dance of interaction. From that interaction, children learn about the importance of language, not just random noises. Language is meaningful, fun and something you interact with. Reading written language is an extension of that.

There is great data coming out of the University of Toronto which shows that things like length of utterance and size of vocabulary, and children using language in a meaningful way, comes out of programs like the *Parent-Child Mother Goose* program. We did an evaluation of it. We had all the numbers and talked to the parents and asked what they got out of it. Parents would say things like: I feel more confident with my baby now; I have a bigger tool kit; I feel more supported; I do not freak out when my baby cries because I know I have other tools.

The parents were reporting these other effects which were helping them in their interaction with their children. I mentioned the ripple effects before. There are things we can measure quantitatively, but also parents are reporting about programs like that.

Children like watching adults read. They learn a lot by observing. Yogi Berra said something like, "You can observe a lot by watching." Children see their parents as readers; they read for meaning, they write shopping lists, they read those lists, they put notes on the fridge, and they talk about how they communicate in the family through literacy. It is not just sitting down and reading a dictionary, but literacy is meaningful in the context of life.

There is strong data that shows we can change children's attitudes as well as their skills around early literacy.

Dr. Kramer: Physical activity is another manifestation of the changes that have occurred with technology. It not only results in understimulation or less stimulation by the most important

conditionnés à soutenir leur attention pendant une seconde. Nous devons trouver de nouvelles façons de le faire parce que nous avons maintenant une population qui a) ne lit pas aux enfants et b) ne prend pas ses enfants dans ses bras. Nous disposons d'études réalisées il y a 30 ans qui montrent que plus on lit d'histoires à un enfant et plus tôt et mieux il pourra lire. Nous avons maintenant la télévision et les vidéos.

M. Goelman : Il y a quelques excellentes émissions. L'une d'entre elles qui est diffusée partout au pays maintenant est appelée *Parent-Child Mother Goose*, dans laquelle les parents viennent avec leurs enfants et apprennent des chants, des rimes et à claquier des doigts. L'intérêt réel de tout ceci est, comme nous l'enseigne la neuropsychologie, que les enfants et leurs mères plongent tous deux leur regard dans les yeux de l'autre et réagissent. Nous savons également que, lorsque les enfants grandissent et changent, les enfants ou les parents doivent apprendre de nouveaux pas de danse... c'est une danse d'interaction. À partir de cette interaction, les enfants apprennent l'importance du langage et pas uniquement de bruits aléatoires. Le langage a une signification, est agréable et c'est quelque chose qui vous permet d'interagir. La lecture du langage écrit n'est qu'un prolongement de cela.

Des données fort intéressantes vont être publiées par l'Université de Toronto qui montrent que des émissions comme *Parent-Child Mother Goose* permettent de parler plus longtemps et d'accroître la taille du vocabulaire et fait que les enfants utilisent la langue de façon intelligente. Nous en avons fait une évaluation. Nous avons recueilli tous les nombres et parlé aux parents et leur avons demandé ce qu'ils en avaient retiré. Ils ont répondu des choses comme « Je me sens plus à l'aise avec mon bébé maintenant ». Je dispose d'une trousse à outils plus importante, je me sens davantage appuyée, je ne panique pas quand mon bébé crie parce que je sais que j'ai d'autres outils.

Les parents ont fait état de ces autres effets qui les aident dans leur interaction avec leurs enfants. J'ai évoqué auparavant les effets d'entraînement. Ce sont des choses que nous pouvons mesurer de façon quantitative, mais les parents font aussi part de leurs réactions à des émissions comme celle-ci.

Les enfants aiment regarder les adultes lire. Ils apprennent beaucoup en observant. Yogi Berra a dit qu'on peut beaucoup observer en regardant. Les enfants perçoivent leurs parents comme des lecteurs. Ils lisent parce que les choses ont un sens, ils rédigent des listes d'épicerie, ils lisent ces listes, ils affichent des notes sur le réfrigérateur et ils parlent de la façon dont ils communiquent en famille grâce à la maîtrise de la langue. Il ne s'agit pas simplement de s'asseoir et de lire un dictionnaire, mais la littéracie est utile dans le contexte de la vie.

Nous disposons de données sans équivoque qui montrent que nous pouvons modifier l'attitude des enfants ainsi que leurs compétences pour maîtriser rapidement la littéracie.

Dr Kramer : L'activité physique est une autre manifestation des changements intervenus avec la technologie. Celle-ci a pour effet de stimuler, de façon insuffisante, ou beaucoup moins, la

person, the mother, but it also leads to less physical activity and obesity and all the consequences of that. There are both developmental as well as physical consequences of that.

Senator Fairbairn: With all the great science, in some cases we have new difficulties as well.

Mr. Goelman: Some new technologies are having great difficulties. When I was growing up, my elementary school complained to my mother that I read too many comic books. My mother's response was, at least he is reading. I conquered that technology of comic books because my mother understood what it meant to me. I could figure out batting averages — that is how I got through mathematics and things like this.

This is a story about how I gave up earning millions of dollars. I was approached by a software company a couple of years ago. They wanted to write software for two-year-olds. Two-year-olds do not need software. They need finger paint, mud, sand; they need to get things under their fingernails, in their mouths and in their ears. That is learning. They went to someone else to design the software, and my wife has not forgiven me since.

Senator Gustafson: I saw a news item a couple of days ago where a child can actually learn two languages and then decipher which one is the most useful. How do you explain that?

Mr. Goelman: That is Janet Werker, a colleague of mine at UBC. She was on CBC's *The National* and in *The Globe and Mail*. She showed that babies could tell the difference between their first language and a second language. She was saying we are pretty much programmed early on with sensitivity to language. What I would take away from that is it fits in with neuropsychology and child health. Children learn from a young age. They are very receptive and aware about picking out signals in their environment. I would not say we must start teaching children in this way or that way because of this finding, but it affirms that young children are active learners from very early on.

They are making hypotheses. There is a great book called *The Scientist in the Crib*. It is about babies making hypotheses and they test things out. At six months of age, which is what Ms. Werker showed, children can differentiate between their own first language and a language they have never heard before.

Senator Pépin: Speaking of languages, children learn their parents' language and they learn the neighbourhood language. At four years old they can be bilingual. If the neighbourhood is English, they will speak English. It is really amazing, compared to us; it will take us a much longer time.

personne la plus importante, la mère, mais elle conduit également à faire moins d'activités physiques et à l'obésité et à toutes les conséquences que cela a. Tout cela a des conséquences aussi bien sur le développement que sur le physique.

Le sénateur Fairbairn : Avec toutes ces connaissances scientifiques, il arrive que nous ayons des difficultés également.

M. Goelman : Certaines nouvelles technologies nous posent des difficultés importantes. Lorsque j'étais enfant, mon instituteur à l'école primaire s'est plaint à ma mère que je lisais trop de bandes dessinées. Ma mère a répondu que, au moins, je lisais. J'avais maîtrisé cette technologie de la bande dessinée parce que ma mère réalisait ce qu'elle signifiait pour moi. J'ai aussi pu aussi comprendre les moyennes au bâton — c'est comme cela que j'ai progressé en mathématiques et dans d'autres domaines comme celui-là.

Je peux vous raconter comment j'aurais pu gagner des millions de dollars. J'ai été approché, il y a quelques années, par une entreprise de logiciel. Il voulait écrire un logiciel pour les enfants de deux ans. À deux ans, ils n'ont pas besoin de logiciel. Ils ont besoin de peindre avec leurs doigts, de boue, de sable. Ils ont besoin de se salir sous les ongles, dans leur bouche et dans leurs oreilles. C'est cela apprendre. L'entreprise s'est adressée à quelqu'un d'autre pour concevoir le logiciel et ma femme ne me l'a jamais pardonné.

Le sénateur Gustafson : J'ai appris aux nouvelles, il y a quelques jours, qu'un enfant peut réellement apprendre deux langues et décider ensuite laquelle est la plus utile. Comment pouvez-vous expliquer cela?

M. Goelman : Vous évoquez le travail de Janet Werker, une de mes collègues à UBC. Elle est passée à l'émission *The National* de la Société Radio-Canada et un article est paru dans le *Globe and Mail*. Elle a montré que les bébés pouvaient faire la différence entre leur langue maternelle et une langue seconde. Elle précisait que notre sensibilité au langage est programmée dans une large mesure tôt dans notre vie. La conclusion que j'en tire est que cela cadre avec ce que l'on sait de la neuropsychologie et de la santé des enfants. Les enfants apprennent dès leur plus jeune âge. Ils sont très réceptifs et savent capter des signaux dans leur environnement. Je ne dirais pas que nous devons commencer à enseigner aux enfants de cette façon, à cause de ce résultat de recherche, mais cela montre bien que les jeunes enfants apprennent très activement très tôt.

Ils font des hypothèses. Il y a un livre fort intéressant intitulé *The Scientist in the Crib*. Il traite des bébés qui font des hypothèses et qui les valident ensuite. À six mois, et c'est ce que Mme Werker a montré, les enfants peuvent faire la distinction entre leur langue maternelle et une langue qu'ils n'ont jamais entendue auparavant.

Le sénateur Pépin : À propos de langues, les enfants apprennent la langue de leurs parents et celle de leur voisinage. À quatre ans, ils peuvent être bilingues. Si les voisins sont anglophones, ils parleront anglais. C'est vraiment surprenant par rapport à ce qui se passe pour nous. Il nous faut beaucoup plus longtemps.

In 1996, the federal government and premiers had a meeting and said they wanted an action priority program regarding adolescents and children. I was wondering if the collaboration is still working. If it is a bit slow, what is the problem or how can we help to have better collaboration, to have better programs for children and adolescents? Listening to you, I think we do not have a choice. It must be a priority from early childhood on. I was wondering if you have any information, or what could we suggest and work on with the government?

Mr. Goelman: Could you clarify what you mean by the "collaboration"?

Senator Pépin: The Prime Minister, the federal government, with the different premiers of the country. In 1996 they had a program saying children and adolescents should be a priority.

Mr. Goelman: The National Children's Agenda.

Senator Pépin: What stage is that at, and is there a way we could help to have it renewed and working with collaboration?

Mr. Goelman: You are asking our view of federal-provincial relations?

Senator Pépin: You have your two feet on the earth.

The Chairman: You are not running for election.

Mr. Goelman: Tomorrow I go to Victoria for a similar session with the British Columbia government.

Dr. Kramer: Just as I think we will not change general societal directions such as the age of child-bearing and careers for both men and women, again I may be naive but I do not see changing the federal-provincial political system near at hand either. My understanding is that most of the programs — be they for daycare, education, health, public health, early childhood stimulation — are planned and implemented by provincial, regional or local governments with budgets provided by the province.

One area where the federal government has the main role — this is not even disputed by the provinces — is in the area of research. It is the federal government's role to fund research, to find out what works and what does not. The provinces may have different ways of implementing the results of that research. The provinces are aware that some of these programs are actually occurring. Certainly, our institute is trying to work with provincial governments and decision makers to ensure their questions get answered by our research — the questions that they need to answer — for the programs they are implementing locally. Some of the provinces

En 1996, le gouvernement fédéral et les premiers ministres des provinces se sont réunis et ont affirmé vouloir lancer un programme prioritaire d'actions consacré aux adolescents et aux enfants. Je me demande si cette collaboration existe toujours. Si les choses vont un peu lentement, quelle est la nature du problème et que pouvons-nous faire pour obtenir une meilleure collaboration, pour avoir de meilleurs programmes pour les enfants et pour les adolescents? En vous écoutant, je crois que nous n'avons pas le choix. Il faut que ce soit une priorité dès la petite enfance. Je me demande si vous avez de l'information dans ce domaine ou si vous pourriez nous suggérer sur quoi travailler avec le gouvernement?

M. Goelman : Pourriez-vous préciser ce que vous entendez par « collaboration »?

Le sénateur Pépin : Le premier ministre, le gouvernement fédéral et les divers premiers ministres des provinces avaient mis sur pied, en 1996 un programme affirmant que les enfants et les adolescents devaient être une priorité.

M. Goelman : Le Programme d'action nationale pour les enfants.

Le sénateur Pépin : À quelle étape en est ce programme et pourrions-nous contribuer à son renouvellement ou collaborer de quelque façon que ce soit?

M. Goelman : Vous nous demandez notre avis sur les relations fédérales-provinciales?

Le sénateur Pépin : Vous avez les deux pieds sur terre.

Le président : Vous ne voulez pas être élu?

M. Goelman : Demain, je vais à Victoria pour une séance comparable avec le gouvernement de Colombie-Britannique.

Dr Kramer : Tout comme je crois que nous n'allons pas modifier l'orientation générale de la société, comme l'âge auquel les femmes ont des enfants et le fait que les hommes et les femmes privilégient leur carrière, et je suis peut-être là aussi naïf, mais je n' imagine pas non plus que le système politique fédéral-provincial va être modifié dans un avenir proche. Je crois savoir que la plupart des programmes, qu'il s'agisse de ceux concernant les garderies, l'éducation, la santé publique, la stimulation de la petite enfance font l'objet de planification et de mise en œuvre par les gouvernements provinciaux, régionaux ou locaux grâce à des fonds venant des provinces.

L'un des domaines dans lequel le gouvernement fédéral joue un rôle important, que les provinces ne contestent même pas est celui de la recherche. Il incombe au gouvernement fédéral de financer la recherche, de trouver ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Les provinces peuvent ensuite mettre en œuvre de façon différente les résultats de cette recherche. Elles savent que certains de ces programmes sont actuellement en cours d'exécution. Il est évident que notre institut s'efforce de collaborer avec les gouvernements provinciaux et les décideurs pour s'assurer que nos recherches répondent à leurs questions, aux questions dont ils ont besoin de connaître les réponses pour mettre en œuvre les

have their own research enterprises; Quebec, Alberta, B.C. to some extent, though the provinces tend to fund infrastructure rather than projects.

I am not saying it is the only role for the federal government, but research is clearly a mandate with little disagreement. We need to take it seriously.

Mr. Goelman: I would encourage your continued support. The Aboriginal Head Start Program is certainly one of them. The Canada Prenatal Nutrition Program and Community Action Program for Children are others. Those are federal programs for the early childhood years and we have strong data which supports those programs. The limiting step is a dollar issue. I would encourage the federal government to continue to support and expand those particular programs. They reach their mark. They work with very disadvantaged communities, Aboriginal and non-Aboriginal. Aboriginal Head Start has two versions, on-reserve and off-reserve. They are both successful and responsive to local communities. The one in Saskatoon looks different from the one in Yellowknife, or in Nunavut. In that regard, there are some clear divisions. There are some programs run by the federal government, and I will make a strong pitch for maintaining and expanding those. They make a difference.

Mr. Shankar: All three of us have the same sort of initial response. It would be easy for us to attack what is happening but, in fact, the country has accomplished quite a few important things over the last 10 years. These should be celebrated. Dr. Mustard and I brought out a new edition of the Early Years Study that Senator Fairbairn mentioned, in which we tried to draw attention to the successful programs. Let me put in my two cents for why Canadian Institutes for Health Research is important. I do not know if Dr. Kramer would agree. It is creating a sea of change in Canadian universities. Canadian academics were not very responsive to the needs of our society, and how does one change that? How does one get these professors who see their grants as a perk and not that they are being paid by our society and they have a responsibility to our society? I feel that CIHR is accomplishing two great things. One is the federal and provincial governments are rightly asking: How can we commit to programs without evidence? How can we commit without the research? Second, CIHR is changing and I can see it happening with young academics now where they are returning to the values we saw in Canada and Canadian academics in the 1960s. There is a belief that we are here to serve our society. I wish to celebrate the important advances that have been made. That could be a valuable thing this committee does.

programmes au niveau local. Certaines provinces ont leurs propres organismes de recherche. C'est le cas du Québec et de l'Alberta, et de la Colombie-Britannique dans une certaine mesure, même si les provinces ont plutôt tendance à financer des infrastructures que des projets.

Je ne dis pas que c'est là le seul rôle du gouvernement fédéral, mais la recherche en est un qui soulève manifestement peu de désaccord. Nous devons le prendre au sérieux.

M. Goelman : Je vous incite à maintenir votre appui. Il est certain que le programme d'aide préscolaire aux Autochtones est l'un d'eux. On peut aussi évoquer le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'action communautaire pour les enfants. Ce sont des programmes fédéraux destinés à la petite enfance et nous disposons de faits précis qui justifient ces programmes. La seule contrainte est l'argent. J'aimerais que le gouvernement fédéral continue à apporter son appui à ces programmes et élargisse leur portée. Ils atteignent les résultats souhaités. Ils donnent de bons résultats dans les collectivités très désavantagées, autochtones et non autochtones. Il y a deux versions du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, pour ceux qui vivent sur réserve et hors réserve. Tous deux donnent de bons résultats et s'adaptent aux besoins des collectivités. Celui qui est mis en place à Saskatoon est différent en apparence de celui appliqué à Yellowknife, ou au Nunavut. Dans ce domaine, il y a certaines distinctions claires. Certains programmes sont mis en œuvre par le gouvernement fédéral et je suis un ferme partisan de conserver ceux-ci et d'élargir leur portée. Ils font la différence.

M. Shankar : Nous avons tous trois le même type de réponse initiale. Il serait très facile pour nous d'attaquer ce qui se passe mais, en réalité, le pays a obtenu quelques résultats importants au cours des dix dernières années. Il faut s'en féliciter. Le Dr Mustard et moi avons publié une nouvelle édition de l'étude Early Years dont le sénateur Fairbairn a fait état, dans laquelle nous essayons d'attirer l'attention sur les programmes qui donnent de bons résultats. Permettez-moi de parier deux cents sur la raison pour laquelle les instituts de recherche en santé du Canada sont importants. Je ne sais pas si le Dr Kramer sera d'accord avec moi. Ils font apparaître toute une gamme de changements dans les universités canadiennes. Les milieux universitaires canadiens n'étaient pas très attentifs aux besoins de notre société et on peut se demander comment agir dans ce domaine? Comment amène-t-on ces professeurs à considérer leurs subventions comme un à-côté et non pas à les faire penser qu'ils sont rémunérés par notre société et qu'ils ont une responsabilité envers elle? J'ai le sentiment que les IRSC réalisent deux choses importantes. L'une est que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux demandent à juste titre comment pouvons-nous prendre des engagements envers des programmes sans disposer de preuve? Comment pouvons-nous décider d'aller de l'avant sans recherche? En second lieu, les IRSC évoluent et je peux l'observer avec nos jeunes universitaires qui reviennent maintenant aux valeurs que l'on observait au Canada, et dans les milieux universitaires canadiens, dans les années 1960. Il y a le sentiment que nous sommes ici pour servir notre société. Je souhaite que l'on fête les progrès importants qui ont été obtenus. Cela pourrait être un point important pour ce comité.

Senator Gustafson: I have one comment on this very homemade experience. Our farm bought a new air seeder, which is advanced technology. My son was showing me how to run it. He said, "Get the kids in here." They are doing this stuff on the computer all the time. They will pick it up just like that. Well, I finally got on to it and I was a pretty good operator. It is an example of what these kids had been doing — they were able to transmit that into something very useful in society. You could create a super race.

The Chairman: I want to get on to a subject that is very important before you go. We will finally wind up our hearings which is some time off, and get down to recommendations. I want to hear from the three of you. If we are really going to get to the ground with effective population health programs to change the health status of Canadians, we have to get to the ground with a combined approach through health and education. I was interested to see one of you suggest that we already ramp back educational programs and start at age four. I totally agree with that. Kids can learn a tremendous amount at age four, and we could have them out of high school much sooner because the university programs are getting longer. Educational programs have to embody healthy living. That has to be part of education. It has to be part of our lifestyle as they grow up.

Now, first, tell me if you agree with that and, second, address the simple task of telling us how it can be done so we can put it in our report.

Mr. Shankar: Yes, I agree. We have some advances in the country. It is interesting what has been done in Saskatchewan where they have merged the ministry of education with early childhood development. When we look at the Cuba example, what strikes us is that programs they are running are essentially zero to 17. It is not zero to three or six. This is the program Mr. Goelman described with well-trained specialists working with the zero to four population. The Cubans have done that now with primary school. The teacher stays with the cohort for four years with tremendous success. They say to the teacher: Are you *in loco parentis*? You must know your family. How can you teach a child if you do not know what is going on back home? Now they are embarking on another experiment. This was enormously successful. The Cubans want to know if they can do this in high school. Can we have our Grades 9 or 10 teachers stay with the cohort for four years? Yes, it is hard but the results are that the child-teacher relationship is transformed and becomes one of mutual knowledge and trust as well as education.

I agree wholeheartedly with everything we have talked about today. It has to be applied throughout the educational course.

Le sénateur Gustafson : J'ai un commentaire à faire sur cette expérience vraiment maison. Notre ferme a dû acheter un nouveau semoir pneumatique, qui utilise la technologie de pointe. Mon fils me montrait son fonctionnement. Il a dit « appelez les enfants ». Ils font tout le temps cela sur l'ordinateur. Ils saisissent cela très rapidement, comme cela. Quand ce fut enfin mon tour, je suis devenu un assez bon opérateur. C'est là un exemple de ce que ces enfants ont fait — ils ont pu convertir cela en quelque chose de très utile dans la société. Vous pourriez créer une race de super champions.

Le président : J'aimerais aborder un sujet très important avant que vous partiez. Nous allons enfin conclure nos auditions d'ici quelque temps et nous attaquer aux recommandations. J'aimerais vous entendre tous les trois. Si nous allons effectivement jeter les bases avec des programmes efficaces de santé pour la population destinés à modifier l'état de la santé des Canadiens, nous devons débiter par une approche ciblant simultanément la santé et l'éducation. J'ai été intéressé d'entendre l'un de vous suggérer que les programmes d'éducation commencent à s'appliquer à partir de quatre ans. Je suis tout à fait d'accord. Les enfants peuvent apprendre énormément de choses à quatre ans et nous pourrions ainsi les faire sortir de l'école secondaire beaucoup plus tôt, parce que les études universitaires s'allongent. Les programmes éducatifs doivent comporter un élément de vie saine. Cela doit faire partie de l'éducation. Cela doit faire partie de notre mode de vie quand ils grandissent.

Dites-moi donc d'abord, s'il vous plaît, si vous êtes d'accord avec ceci et, ensuite, essayer de nous dire comment il faudrait procéder pour que nous puissions l'inscrire dans notre rapport.

M. Shankar : Oui, je suis d'accord. Nous avons enregistré certains progrès dans notre pays. Il est intéressant d'observer ce qui a été fait en Saskatchewan avec la fusion du ministère de l'éducation et de celui du développement de la petite enfance. Quand nous examinons l'exemple de Cuba, ce qui nous frappe est que les programmes s'appliquent pour l'essentiel de 0 à 17 ans. Ce n'est pas de 0 à 3 ou à 6 ans. Il s'agit du programme que M. Goelman a décrit, avec des spécialistes bien formés travaillant avec la population âgée de 0 à 4 ans. C'est ce que les Cubains font maintenant avec l'école primaire. L'enseignant reste avec le même groupe d'élèves pendant quatre ans et cela donne d'excellents résultats. Ils demandent à l'enseignant de tenir lieu de parents. Vous devez connaître votre famille. Comment pouvez-vous enseigner à un enfant si vous ne savez pas ce qui se passe chez lui? Ils ont maintenant lancé une autre expérience. Celle-ci a connu un énorme succès. Les Cubains veulent savoir s'ils peuvent procéder de la même façon à l'école secondaire. Serait-il possible que les enseignants de 9^e ou de 10^e année restent avec le même groupe d'étudiants pendant quatre ans? Oui, cela pose des problèmes, mais les résultats sont que la relation enfant-enseignant est transformée et en devient une de connaissance et de confiance mutuelle, tout autant que d'éducation.

Je partage de tout cœur tout ce que nous avons dit aujourd'hui. Il faut l'appliquer tout au long de l'éducation.

The Chairman: It is interesting by serendipity that I happen to be meeting the Cuban ambassador and three Cuban doctors in my office tomorrow.

Mr. Shankar: I tried to bump a meeting, but it could not be bumped, so it must be with you.

The Chairman: Are you in town tomorrow? Why do you not come to my office at 12 o'clock? It is two floors up, room 902.

Mr. Shankar: I would love to.

The Chairman: Are you going to lunch with them after?

Mr. Shankar: No, I am flying to Edmonton.

The Chairman: There is a luncheon. I do not think I can attend. Senator Pépin is vice-chairman of this committee and she will go with them.

Mr. Shankar: There is a book published two weeks ago called *Cuba's Academic Advantage* by Martin Carnoy. It is a wonderful book and directly addresses your question. We do not want to try to institute a Cuban system here, but one thing we can learn from what they have done was dealing with the money and how can we enhance an educational system that is suffering.

The Chairman: I have been looking at this situation for some time. I have had an interest in population health for some time. I spent my whole life operating on a disease that is 90 per cent preventable. I have an institute sucking \$140 million a year out of the system to treat a disease that is totally preventable. That is what stimulated my interest in getting to this on a much broader basis.

I have been really interested in what has been accomplished in China and Cuba with population health. They are way ahead of us. They do not have great health systems but they have fantastic population health. In any case, I hope you will join us tomorrow at noon.

Senator Fairbairn wants to ask you something, but after she is finished, will you come back and tell us where the combined health and education programs in Canada are working? What are the prototypes that we can have a hard look at and incorporate?

Senator Fairbairn: Mine is a comment more than a question, and it follows on what the chairman is saying. Cuba has done incredible work. One of our former colleagues, Jacques Hébert, has been very engaged in a variety of ways with Cuba.

Mr. Shankar: Yes, his book is wonderful.

Senator Fairbairn: A couple of years ago, he was going down for a big meeting in Cuba on which the whole foundation was childhood learning. It was not a question there of whether you wanted to do it or not, but they had created this incredible

Le président : C'est un heureux hasard, mais je dois rencontrer l'ambassadeur de Cuba et trois médecins cubains dans mon bureau demain.

M. Shankar : J'ai essayé de déplacer une réunion, mais ce fut impossible, et c'est donc vous qui allez les recevoir.

Le président : Êtes-vous en ville demain? Pourquoi ne venez-vous pas me rejoindre à mon bureau à midi? C'est deux étages au-dessus, à la pièce 902.

M. Shankar : J'aimerais beaucoup.

Le président : Allez-vous déjeuner avec eux après?

M. Shankar : Non, je prends l'avion pour Edmonton.

Le président : Il y a un déjeuner mais je ne crois pas pouvoir y assister. Le sénateur Pépin est vice-présidente de ce comité et elle y assistera avec eux.

M. Shankar : Il y a un livre qui a été publié il y a deux semaines par Martin Carnoy et qui est intitulé *Cuba's Academic Advantage*. C'est un excellent ouvrage qui traite directement de votre question. Nous ne voulons pas tenter de mettre en place un système cubain ici, mais une chose que nous pouvons apprendre de ce qu'ils ont fait est la façon dont ils ont abordé les questions d'argent et celles dont nous pourrions améliorer un système d'éducation qui éprouve des difficultés.

Le président : Je me penche sur cette situation depuis un certain temps. Cela fait longtemps que je m'intéresse à la santé de la population. J'ai consacré ma vie entière à travailler sur une maladie que l'on peut éviter dans 90 p. 100 des cas. Il y a un institut qui absorbe 140 millions de dollars par année du système pour traiter une maladie qui est parfaitement évitable. C'est ce qui m'a incité à m'intéresser à ces questions dans un sens beaucoup plus large.

Je me suis beaucoup intéressé à ce qui a été fait en Chine et à Cuba en matière de santé de la population. Ils ont beaucoup d'avance sur nous. Leurs systèmes de santé ne sont pas impressionnants mais la santé de leur population est fantastique. Dans tous les cas, j'espère que vous pourrez vous joindre à nous demain midi.

Le sénateur Fairbairn veut vous poser une question, mais lorsqu'elle aura fini, pourriez-vous revenir sur le sujet et nous dire dans quels domaines les programmes combinés de santé et d'éducation fonctionnent au Canada? Quels sont les prototypes que nous pourrions examiner attentivement et intégrer à nos recommandations?

Le sénateur Fairbairn : C'est davantage un commentaire qu'une question et cela s'inscrit dans la suite de ce que le président vient de dire. Cuba a fait un travail incroyable. L'un de nos anciens collègues, Jacques Hébert, était très impliqué de diverses façons avec Cuba.

M. Shankar : Oui, son livre est merveilleux.

Le sénateur Fairbairn : Il y a quelques années, il s'est rendu à une réunion importante à Cuba qui était consacrée en totalité à l'apprentissage des enfants. Il ne s'agissait pas de savoir si vous vouliez le faire ou non, mais ils avaient mis en place ce processus

process. It was there and you were going to do it; the parents would take those little ones in there and they were going to start. They were inviting people from other countries to come in, and apparently it was amazing to watch.

Mr. Shankar: I had a bunch of doors open for me in Cuba — and this will really make you laugh. They came to me finally and said the reason we want to work with you is we love Canadians, and they gave me Mr. Hébert's book.

Senator Fairbairn: When he came back, he said it was absolutely astounding. In what we regard as a poor country, they have taken that as their foundation issue. Those kids are going to be up and their parents will be in deep trouble if they do not get them going.

Mr. Shankar: Mr. Goelman said something at the beginning of his talk that I did not want to let slip. It directly addresses your concern. He made the point that, when we look at this, we are not simply looking at the prevention of disorders, whatever they are, we are also looking at enhancing the overall health of these kids. The thing that strikes me when I am in Cuba is I have not seen one obese child and they are all laughing and happy.

Senator Fairbairn: Learning is fun for them. You have a great job.

Mr. Shankar: It is fabulous.

The Chairman: Mr. Shankar, as happens about 20 times a day, I gave you misinformation. The meeting is at 9:30 a.m. in my office. Can you still make it?

Mr. Shankar: I could make it a bit later. I am meeting at 9:15 a.m. on Parliament Hill and that goes until 9:45 a.m. Could I come at ten o'clock?

The Chairman: Sure, you can come, but if you are just meeting with an M.P., that is not important.

Senator Pépin: In the early 1980s, I was in the House of Commons and we worked very hard to get child care. At that time, I had one member of Parliament who came to me and said, "My wife is just like you." She stayed home and looked after her children instead of fighting for child care. I said you may be right, but when your daughter will be 20 or be married, she will ask you for child care. He said, that will be the day.

When I was appointed to the Senate a few years ago, he came back and said, Lucie, you were right. My daughter has two children and she wants child care. Listening to you, I think there is hope but, as you say, there is not enough. It is unbelievable the number of children who do not have the access to that.

Senator Fairbairn: That is the thing. Why not in Canada when they can do it in Cuba?

Mr. Goelman: That goes back to Senator Keon's question to us about where does it work? Where can it work? Where there is a political will for it to work. One place in Canada where it is working is the provincial government of Manitoba. They had a

incroyable. Il était là et vous alliez le mettre en œuvre; les parents allaient prendre les petits et ils allaient débiter. Ils invitaient des gens d'autres pays à venir, et ce fut apparemment surprenant à observer.

M. Shankar : J'ai eu la chance qu'on m'ouvre quelques portes à Cuba et, vous allez rire, ils m'ont expliqué que la raison pour laquelle ils voulaient travailler avec nous était qu'ils aiment les Canadiens, et ils m'ont donné le livre de M. Hébert.

Le sénateur Fairbairn : Quand il est revenu, il a dit que c'était absolument étonnant. Dans un pays que nous considérons comme pauvre, ils s'étaient attaqués au problème à la base. Ces enfants vont percer et leurs parents auront des difficultés s'ils ne les font pas avancer.

M. Shankar : M. Goelman a dit quelque chose au début que je ne voudrais pas laisser passer. Cela répondait directement à votre préoccupation. Il a signalé que, quand nous examinons cette situation, nous ne cherchons pas tout simplement à empêcher l'apparition de troubles, quels qu'ils soient, mais également à améliorer la santé d'ensemble de ces enfants. Ce qui me frappe quand je vais à Cuba est que je n'y ai pas vu un seul enfant obèse et qu'ils continuent à rire et à être heureux.

Le sénateur Fairbairn : Ils ont du plaisir à apprendre. Vous avez un travail passionnant.

M. Shankar : C'est fabuleux.

Le président : Monsieur Shankar, comme cela m'arrive environ 20 fois par jour, l'information que je vous ai donnée était erronée. La réunion à mon bureau a lieu à 9 h 30. Pouvez-vous toujours venir?

M. Shankar : Je pourrais arriver un peu plus tard. J'ai une réunion à 9 h 15 sur la Colline du Parlement qui doit durer jusqu'à 9 h 45. Puis-je venir à 10 heures?

Le président : Bien sûr, vous pouvez, mais si vous ne rencontrez qu'un député, ce n'est pas important.

Le sénateur Pépin : Au début des années 1980, je siégeais à la Chambre des communes et nous avons travaillé très fort pour obtenir des garderies. À cette époque, un député est venu me voir et m'a dit « ma femme est comme vous ». Elle reste à la maison et s'occupe de ses enfants au lieu de se battre pour les garderies. Je lui ai dit qu'il avait peut-être raison mais que quand sa fille aurait 20 ans ou serait mariée, elle lui demanderait où sont les garderies. Il a dit qu'il attendrait ce jour.

Quand j'ai été nommée au Sénat il y a quelques années, il est revenu me voir et m'a dit, Lucie, vous aviez raison. Ma fille a deux enfants et elle veut des garderies. En vous écoutant, j'espère qu'il y a de l'espoir mais, comme vous l'avez dit, il n'y en a pas assez. Le nombre d'enfants qui n'ont pas accès aux garderies est incroyable.

Le sénateur Fairbairn : C'est bien là le problème. Pourquoi n'y arrivons-nous pas au Canada alors qu'ils le font à Cuba?

M. Goelman : Cela nous ramène à la question du sénateur Keon au sujet des éléments qui donnent de bons résultats? Dans quels domaines les choses peuvent-elles fonctionner? Où y a-t-il une volonté politique pour les faire fonctionner. Un endroit au

cabinet level committee called Healthy Child Manitoba. Where I come from in British Columbia, I have to go to one office for child care programming, another for training, another for subsidy, another for preschool, another for education and everybody says, "We are not the answer, it is across the hall or down the block."

Healthy Child Manitoba has brought together all the players, so instead of saying who will shirk the responsibility, they look around the table and they have the deputy minister of education, the deputy minister of health and the deputy minister of welfare. I do not know a lot about Cuba, but my sense is that they have more centralized planning. Maybe there are good and bad sides to that, but many of us get tired between the federal-provincial bashing — my provincial officials say the feds are not cutting our money and the federal people say we cannot trust the provincial people to put the money in the right place. I think there has to be some infrastructure changes.

We have a lot of bright people and a lot of good energy and information, but the systems are fragmented. It would be great if there is some way your report could encourage the integration. I mentioned Aboriginal Head Start before — great programs on-reserve and off-reserve, but they do not talk to each other, which is a shame because they are both doing excellent work. There is a savings involved, but also a building of capacity if they could work together. I do not mean to single them out, but that is just another example of how there is good work going on but there needs to be some political will to say let us make things work better.

The Chairman: We are meeting with them Friday morning. We will try to be here on Friday from 9 a.m. to 3 p.m. One objective is to try to get at this. The problems are so huge there, but this dichotomy is a particular problem.

Mr. Goelman: The gentleman I would refer you to in Manitoba, Rob Santos, is the head bureaucrat who runs that cabinet level committee. He is a national treasure.

Mr. Shankar: Yes, I would bring him here.

The Chairman: We will do that. Are there any other beacons out there you can think of across the country?

Mr. Shankar: We would suggest Tom Boyce from the University of British Columbia.

Mr. Goelman: He does developmental nutrition; we lured him from the U.S. to come to UBC. He is an outstanding scholar and does his research with both a sense of passion and compassion. He speaks eloquently and does high quality research. Also, on the

Canada où les choses fonctionnent bien est sous le règne du gouvernement provincial du Manitoba. Ils ont un comité du Cabinet appelé Healthy Child Manitoba. À l'endroit d'où je vis en Colombie-Britannique, il faut s'adresser à un bureau pour les programmes de garderie, à un autre pour la formation, encore un autre pour les subventions, et bien évidemment à un autre pour l'aide préscolaire, pour l'éducation et tout le monde dit « Nous n'avons pas la réponse, il faut aller la chercher de l'autre côté de la rue ».

Healthy Child Manitoba a permis de regrouper tous les intervenants. Au lieu de se renvoyer la balle, ils font le tour de la table à laquelle siègent le sous-ministre de l'éducation, le sous-ministre de la santé et le sous-ministre du bien-être. Je ne sais pas grand-chose sur Cuba, mais je crois savoir que leur système de planification est plus centralisé. Peut-être cela a-t-il de bons et de mauvais côtés, mais beaucoup d'entre nous sont fatigués de voir le fédéral et les provinces se renvoyer la balle. Les responsables de la province me disent que ceux du gouvernement fédéral ne vont pas décider de l'utilisation que nous faisons de l'argent et les responsables fédéraux affirment ne pas pouvoir faire confiance aux responsables provinciaux pour investir l'argent au bon endroit. Je crois qu'il faudrait certaines modifications des infrastructures.

Nous avons beaucoup de gens intelligents et beaucoup d'énergie et d'informations, mais le système est fragmenté. Ce serait fort bien si votre rapport pouvait d'une certaine façon favoriser l'intégration. J'ai parlé auparavant du programme d'aide préscolaire aux Autochtones, d'excellents programmes mis en place sur les réserves et hors réserve, mais il n'y a pas d'échanges entre eux et c'est une honte parce que tous deux font un excellent travail. La collaboration permettrait de réaliser des économies mais également d'acquérir des capacités. Je ne tiens pas à en désigner en particulier mais c'est là un autre exemple d'un excellent travail qui est fait mais qui ne supprime pas la nécessité d'une volonté politique pour que les choses fonctionnent encore mieux.

Le président : Nous avons une réunion avec eux vendredi matin. Nous allons essayer d'être là vendredi de 9 heures à 15 heures. L'un des objectifs est d'essayer de s'attaquer à cette question. Les problèmes sont si énormes, mais cette dichotomie pose un problème particulier.

M. Goelman : La personne à qui j'aimerais vous adresser au Manitoba, est Rob Santos, le fonctionnaire chargé du fonctionnement de ce comité du Cabinet. C'est un trésor national.

M. Shankar : Oui, je le ferais venir ici.

Le président : Nous allons le faire. Y a-t-il d'autres personnes de ce genre à qui vous pouvez penser au pays?

M. Shankar : Nous pourrions vous proposer Tom Boyce de l'Université de la Colombie-Britannique.

M. Goelman : Il travaille sur le lien entre nutrition et développement. Nous l'avons attiré des États-Unis pour venir à UBC. C'est un excellent chercheur qui fait à la fois preuve de passion et de compassion. Il s'exprime de façon très éloquente et

maternal child side you mentioned before, Dr. Tim Oberlander is a developmental pediatrician who does a lot of work on maternal health during pregnancy and how that impacts on children.

The Chairman: We want to spend some real time on that.

Mr. Shankar: Can I give you one more? What Mr. Goelman was just talking about, we have developed in Canada models for how you get from chaos to coherence. These are pretty good models of the step-by-step processes communities have to go through to get all the services integrated. We have someone on our council named Jane Bertrand. She is extremely good on how you do get these conflicting parties to talk, to come down to the same table.

The Chairman: On that note, I really thank the three of you. You have been tremendously helpful and a real pleasure to talk with. You turn work into fun, so thank you very much.

Dr. Goelman: Thank you for your hard work in this area.

The committee adjourned.

fait de la recherche de grande qualité. Quant au volet concernant la mère et l'enfant que vous avez évoqué auparavant, le Dr Tim Oberlander est un pédiatre spécialisé en développement qui travaille beaucoup sur la santé maternelle pendant la grossesse et sur ses répercussions sur les enfants.

Le président : Nous voulons consacrer réellement du temps à cette question.

M. Shankar : Puis-je vous donner un autre nom? M. Goelman en parlait il y a quelques instants, nous avons élaboré au Canada des modèles montrant comment passer du chaos à la cohérence. Ce sont d'excellents modèles des processus que les collectivités doivent suivre étape par étape pour parvenir à intégrer tous les services. Il y a une personne qui siège à notre conseil qui s'appelle Jane Bertrand. Elle est excellente pour amener les personnes défendant des points de vue divergents à parler entre elles, à s'asseoir à la même table.

Le président : À ce sujet, je vous remercie sincèrement tous les trois. Vous avez été très utile et ce fut un vrai plaisir de s'entretenir avec vous. Vous transformez le travail en plaisir et donc nous vous remercions beaucoup.

M. Goelman : Merci de votre travail acharné dans ce domaine.

La séance est levée.

OTTAWA, Thursday, May 31, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 5:53 p.m. to examine and report upon the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (Chairman) in the chair.

[English]

The Chairman: Honourable senators, I call this meeting to order. We are very delighted to have with us Mr. David Chartrand. We will begin with his presentation.

David Chartrand, Minister of Health, Métis National Council: I should like to thank all senators as well as the ones who will be joining us shortly on behalf of the Métis Nation for having us here this evening to make a presentation. Métis National Council, MNC, is the governing institution that represents the Metis from Ontario to British Columbia. Our homeland originates in parts of Ontario, the United States, the Northwest Territories and British Columbia.

I thank the Standing Senate Subcommittee on Population Health for inviting me to present to you on issues of population health.

I also want to thank you for making this hearing Metis-specific. Too many times, the Metis have been misplaced or lost under the description of the world "Aboriginal." On many occasions when announcements are made by the government

OTTAWA, le jeudi 31 mai 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 17 h 53, afin d'étudier, pour en faire rapport, l'impact des divers facteurs et conditions qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés communément les déterminants sociaux de la santé.

Le sénateur Wilbert J. Keon (président) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président : Honorables sénateurs, je déclare la séance ouverte. Nous sommes ravis d'accueillir M. David Chartrand. Nous allons commencer par entendre son exposé.

David Chartrand, ministre de la Santé, Ralliement national des Métis : Au nom du peuple métis, j'aimerais remercier tous les sénateurs, ainsi que les personnes qui se joindront bientôt à nous, de nous accueillir cet après-midi. Le Ralliement national des Métis, le RNM, est l'organisme représentant les Métis de l'Ontario à la Colombie-Britannique. Notre territoire est formé de certaines parties de l'Ontario, des États-Unis, des Territoires du Nord-Ouest et de la Colombie-Britannique.

Je remercie le Sous-comité sur la santé des populations de m'avoir invité à témoigner sur la question de la santé de la population.

J'aimerais aussi vous remercier de consacrer cette séance aux Métis. Trop souvent, on a qualifié à tort les Métis d'« Autochtones ». À maintes occasions, lorsque le gouvernement ou le Sénat font des annonces, ils utilisent ce mot pour nous

or even the Senate itself the word "Aboriginal" is referenced. However, when you look deep into what it means, it does not include the Metis. That is what we have found over and over again for too long, so I am pleased we are having a Metis-specific presentation this evening.

For the last two years, we have been trying to get a handle on the factors and conditions that contribute to the health of Metis Métis people. We have undertaken extensive research in this area and we will provide a brief snapshot of the results of our work so far.

Before getting into the presentation, I wish to share with you some of the systemic barriers that have impeded the development of our population and eroded the health status of our population. The greatest impediment to our development has been the failure of both levels of government to deal head-on with the Metis people and their issues and economic challenges in our communities.

Poverty, in large measure, stems from the failed land claims and script policy of the 19th and early 20th centuries. The failed land policies, which will be ruled on by the courts later this year, left the Metis landless and geographically divided in our own lands.

For your information, we have had a land claim going on for 25 years. We just concluded our arguments last year and are waiting for the judiciary to rule on that decision. We are looking forward to a favourable ruling.

In fact, because of that action alone, it has eroded our identity, undermined our self-confidence and left the majority of us unable to take advantage of the economic opportunities that emerged in the development of Canada. We hope to have a chance to present in the future on the issue of a landless people and what happens to us when we are pushed into no-man's land. You will find us always neighbouring reserves throughout our western homeland but denied any access to any opportunity or services. We are not entitled or allowed to receive any First Nations programs on diabetes or sectoral areas of adjustments that Canada has given. Even though they are 20 feet away from us, we cannot access them. Even as taxpayers we are not entitled to them.

The MNC has welcomed the recent report of the Standing Senate Committee on Aboriginal Peoples on Aboriginal economic development that was just completed. We have gone through some of the findings. We are just analyzing the report and are very pleased by some of the statements made in connection to our issues as Metis people. We look forward to following through on some of those recommendations in the report.

The issue, however, is that this systemic discrimination against the Metis has led to poor health conditions that, if not dealt with now, will be dealt with at a tremendous cost. That is something I have been saying personally for years now to federal and provincial health ministers in Canada. The health care system in the future will pay great dividends, not only from Canadian

designer aussi. Pourtant, si on en regarde bien la définition, on constate qu'elle n'inclut pas les Métis. On nous appelle ainsi depuis trop longtemps; je suis donc très heureux que nous ayons une séance réservée aux Métis aujourd'hui.

Depuis deux ans, nous essayons de mieux comprendre les facteurs et les situations qui contribuent à la santé des Métis. Nous avons entrepris des recherches approfondies dans ce domaine et nous aimerions vous présenter un bref aperçu du résultat de nos travaux.

Toutefois, j'aimerais d'abord faire état des obstacles systémiques qui ont nui au développement de notre peuple et qui ont entraîné une dégradation de la santé de notre population. Le plus grand obstacle à notre développement a été l'inertie des deux niveaux de gouvernement face aux Métis et aux difficultés économiques qu'éprouvent nos communautés.

La pauvreté est largement attribuable aux ratés des politiques du XIX^e siècle et du début du XX^e touchant les revendications territoriales et les certificats des Métis. L'échec des politiques territoriales, sur lesquelles les tribunaux se prononceront plus tard cette année, a fait des Métis des gens sans terre ou géographiquement divisés sur leur propre territoire.

À titre d'information, sachez que nous avons une revendication territoriale non réglée depuis 25 ans. Nous avons terminé de présenter nos arguments l'année dernière et nous attendons la décision du tribunal. Nous prévoyons une issue favorable.

En fait, tout cela a érodé notre identité, sapé notre confiance en nous-mêmes et empêché la majorité d'entre nous de profiter des débouchés économiques associés au développement du Canada. Nous espérons avoir la possibilité de vous parler, un jour, des problèmes d'un peuple sans terre et de ce qui nous arrivera lorsque nous nous retrouverons au milieu de nulle part. Nous sommes toujours établis à proximité des réserves sur l'ensemble de notre territoire de l'Ouest, mais on nous refuse l'accès à toutes les possibilités et à tous les services. Nous ne sommes pas admissibles ni autorisés à bénéficier des programmes de prévention du diabète destinés aux Premières nations, ni à profiter des ajustements consentis par le Canada dans certains secteurs. Même s'ils sont à notre portée, nous ne pouvons nous en prévaloir; même en tant que contribuables, nous n'y avons pas droit.

Le RNM a accueilli favorablement le récent rapport du Comité sénatorial permanent des peuples autochtones portant sur le développement économique de ceux-ci. Nous avons étudié certaines des conclusions. Nous sommes en train d'analyser le rapport et sommes très heureux de voir qu'on y fait mention des problèmes auxquels doit faire face le peuple métis. Nous avons hâte que certaines des recommandations de ce rapport soient appliquées.

Le problème, toutefois, c'est que cette discrimination systémique subie par les Métis a eu des effets néfastes sur leur état de santé. Et si on ne fait rien maintenant, le fardeau sur notre système de santé sera énorme. C'est une situation que je dénonce personnellement depuis des années devant les ministres fédéral et provinciaux de la Santé du Canada. Le système de santé en paiera

taxpayers, but Metis taxpayers ourselves. The higher costs of health care will affect all of us. The effects are tremendous. I can use my community of Duck Bay as an example. In nearly every household, you will find someone with diabetes. When you go house to house, you find other chronic illnesses that affect our communities.

Because of the continuation of denial that we exist as a people, everyone is trying to stay away from us. At the end, there will be a great cost. We have been trying to caution and warn government, even if you do not want to look at us as Metis people with rights, to look at us as Canadians. We are taxpayers. We are entitled to services, the same as any other Canadian. We have led the task of trying to educate politicians. Everybody has been fearful to sit down with us, on the basis that if Canada sits down with us the provinces say to Canada, "You are responsible now, you just showcased that." If the provinces deal with us, the feds say that the provinces are responsible, that they just proved it by servicing them. It has been a challenge for us as Metis people.

We welcome your work, which I understand is to identify the actions that must be undertaken by the federal government to implement population health strategies. For our part, action must include the following: First, there must be an acknowledgment that all levels of government — federal, provincial and Metis governments — have shared responsibility to address the health needs of tax-paying Metis populations. Health Canada has opened the door to Metis in the last few years, and we are developing a strong working relationship with them. This must continue. This is the first time in our history that Health Canada has included us as a partner to their process.

Second, the Metis governments and institutions must be supported to ensure that Metis people play an effective role in the design, delivery and operations of the health care system. This does not mean a separate system, but rather a system where Metis people play an important role in working to improve the health conditions of Metis people.

Third, the commitment must be sustainable over a period of years. We must agree to implement long-term solutions. That is why the health blueprint we recommended was so important. It should be recognised that we have recently been invited to be included in Health Canada projects. We have made a start with Health Canada, but that funding is only for two and a half more years. The government needs to extend this to at least a 10-year horizon. It should be clearly understood that it has taken decades to put the Metis in the dangerous state that we are in today, and it will take several decades to get us out of it.

le prix, et les contribuables canadiens, y compris les Métis, en feront les frais. Le coût élevé des soins de santé nous touchera tous. Les conséquences seront énormes. Prenons comme exemple ma communauté, Duck Bay. Dans presque toutes les familles, il y a une personne atteinte de diabète. En visitant chaque maison, on constate la présence d'autres maladies chroniques qui frappent nos communautés.

Parce que les gens persistent à nier notre existence comme peuple, tout le monde cherche à se tenir loin de nous. Au bout du compte, cela entraînera des coûts élevés. Nous avons tenté d'alerter et de mettre en garde le gouvernement; même s'il ne veut pas nous considérer comme un peuple à part entière ayant des droits, qu'il nous traite comme des Canadiens. Nous sommes des contribuables. Nous avons droit à des services, comme tous les autres Canadiens. Notre tâche est de faire comprendre cela aux politiciens. Tout le monde a peur de s'asseoir avec nous, car si le gouvernement canadien le fait, les provinces lui diront : « Vous êtes maintenant responsables, vous venez de le démontrer. » Et si ce sont les provinces qui le font, le fédéral, à son tour, dira la même chose. C'est pour nous un grand problème.

Nous accueillons favorablement vos travaux, qui consistent, si je comprends bien, à déterminer les mesures que le gouvernement fédéral doit prendre pour mettre en œuvre des stratégies en matière de santé de la population. Pour notre part, voici nos recommandations quant à ces mesures : premièrement, les gouvernements fédéral, provinciaux et métis doivent reconnaître qu'ils ont la responsabilité partagée de répondre aux besoins des contribuables métis en matière de santé. Santé Canada a ouvert la porte aux Métis ces deux dernières années, et nous sommes en train de développer de solides relations de travail avec ce ministère. Nous devons continuer dans cette voie. Pour la première fois de notre histoire, Santé Canada nous permet de participer au processus.

Deuxièmement, les gouvernements et les institutions du peuple métis doivent être appuyés afin de s'assurer que les Métis jouent un rôle significatif dans la conception et le fonctionnement du système de santé, ainsi que la prestation de services. Cela ne veut pas dire créer un système distinct, mais plutôt un système dans lequel les Métis joueront un rôle prépondérant dans l'amélioration de leur état de santé.

Troisièmement, l'engagement doit être durable. Nous devons nous entendre pour appliquer des solutions à long terme. Voilà pourquoi le plan directeur pour la santé revêtait une telle importance. Il faut que l'on reconnaisse que nous avons récemment été invités à participer aux projets de Santé Canada. Nous avons fait un premier pas avec ce ministère, mais le financement cessera dans deux ans et demi. Le gouvernement doit engager des fonds sur au moins une dizaine d'années. On doit clairement comprendre qu'il a fallu des dizaines d'années pour que nous nous retrouvions dans la condition dangereuse dans laquelle nous sommes aujourd'hui, et qu'il nous faudra plusieurs décennies pour en sortir.

Fourth, we need to take an outcome-based approach and generate positive changes to the health status of our population. We need to set targets and adapt and manage the health care system to meet those targets.

Fifth, we need to increase our knowledge base and improve our collective capacity to make the necessary changes to health and wellness approaches.

In other governing states, such as Brazil and Australia, horizontal governance has been established to confront the social determinants of health of indigenous people. I applaud the direction of those other governing states. They are focussed. Every department has a direct effect on the issues as they pertain to the social determinants of health of indigenous people. They are now moving in horizontal measures instead of the vertical measures we find ourselves sometimes in Canada. I applaud those measures, and I look forward to every department coming forth on the commitments made in the budgets of each department in terms of how they are handling and dealing with social determinants of health in this country. I look forward to Canada one day adopting that kind of measure.

This also includes building Metis capacity and establishing new partnerships between the health care system and our governing members. We are ready, but in order to measure success in our challenge, it must be Metis-specific. I say that again — it must be Metis-specific. We cannot be buried in the word “Aboriginal,” because I assure you that we will be lost. We will be battling a bureaucracy that understands the word “Aboriginal” under Health Canada as First Nation and Inuit only. It is a challenge we have faced for too long, and we are finding that in all other departments as we move forward in our discussions and negotiations with Canada and sometimes the provinces.

We will also show in the next little while some demonstrations that the Metis have made greater strides in understanding our health conditions in the past few years than the federal government or the provinces have over the last three decades. Some of the graphs and portals we will show you shortly will give a good peak into the Metis state as it now finds itself and the potential danger this country will face.

I have always said personally as a leader of my people, and I have made it clear to ministers, that if we do not tackle this issue head-on soon, the cost will be humungous — not only to us today, but it will affect the future of children following us. They will pay the price of ignorance or the price of absenteeism by the actions of government.

I will conclude my comments here and pass it over to Dr. Bartlett, who will also provide a presentation that she has already handed out to you.

Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba, Manitoba Métis Foundation: Good afternoon. I was asked to present as an academic from the University of Manitoba. I am also the

Quatrièmement, il conviendrait d'adopter une approche axée sur les résultats et d'améliorer la santé de notre population. Nous devons nous fixer des objectifs et, pour les atteindre, adapter et gérer le système de santé en conséquence.

Cinquièmement, il y aurait lieu d'approfondir nos connaissances et d'améliorer notre capacité collective à modifier nos approches relativement à la santé et au bien-être.

Dans d'autres États, comme le Brésil et l'Australie, on a établi une structure de gouvernance horizontale pour comparer les déterminants sociaux de la santé des populations indigènes. Je félicite leurs dirigeants pour cette initiative ciblée. Chaque ministère a une incidence directe sur les problèmes liés aux déterminants sociaux de la santé des populations indigènes. Ces pays mettent en place des mesures de type horizontal, au lieu des mesures de type vertical dont nous nous servons parfois au Canada. Je m'en réjouis, et j'attends avec impatience que chaque ministère remplisse les engagements pris dans son budget, relativement à la manière de gérer et de traiter les déterminants sociaux de la santé dans ce pays. J'espère que le Canada, un jour, adoptera ce genre de mesures.

Par exemple, il faudrait renforcer les capacités des Métis et conclure de nouveaux partenariats entre le système de santé et nos dirigeants. Nous sommes prêts, mais je le répète, pour évaluer nos progrès dans les objectifs que nous nous sommes fixés, nous devons adopter une approche axée exclusivement sur la population métisse. Nous devons établir une distinction entre les Métis et les Autochtones, sans quoi ce sera un coup d'épée dans l'eau. Nous nous retrouverons avec une bureaucratie, à Santé Canada, qui associera le mot « Autochtones » uniquement aux Premières nations et aux Inuits. Il s'agit d'une difficulté à laquelle nous sommes confrontés depuis trop longtemps, dans le cadre de nos discussions et de nos négociations avec les ministères fédéraux et parfois provinciaux.

Enfin, comme nous allons vous le montrer, les Métis ont accompli davantage en deux ans pour analyser l'état de santé de leur population que le gouvernement fédéral ou les provinces au cours des 30 dernières années. Nous vous présenterons des graphiques et des portails qui vous donneront une bonne idée de la situation dans laquelle se trouve la population métisse et des difficultés que notre pays pourrait avoir à surmonter.

En tant que dirigeant au sein de ma collectivité, j'ai toujours dit, et je l'ai même fait valoir auprès des autres ministres, que si nous ne prenons pas bientôt les choses en main, nous devrons en subir les conséquences, aussi importantes soient-elles, pas seulement aujourd'hui, mais aussi les générations futures. Tout le monde paiera pour l'ignorance et l'inertie du gouvernement.

Je vais conclure ici puis céder la parole à la Dre Bartlett, qui vous présentera le mémoire qu'elle vous a remis.

Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba, Manitoba Métis Federation : Bonjour. Je me présente. Je suis professeure à l'Université du Manitoba et je dirige

Director of the Health and Wellness Department that I am developing for the Manitoba Métis Federation. Thank you for asking me to be a witness here today.

The key message I want to be able to pass on today is that suppression of nationhood and identity at both the individual and societal level are critical. This has profound health effects. You have seen them. They came about as a result of existing in a marginalized status. Self-governance is the most critical determinant of health that must be addressed. I want to be able to describe this a bit more.

I will cover six areas. One is setting the stage. How important is history? I will talk a bit about research and Metis health status. I will provide you several graphs and look at what I am calling an attention gap. I want to look at some selected indices, showing what we already know. In terms of culture and identity, what is so important about it, and what have other researchers had to say? I want to talk about the specific and broad approaches — I did not take the opportunity to read all the other sessions this committee has held on this topic — and reflect on that a bit. Finally, I want to talk about the need for indigenous population health promotion frameworks and how we can approach these serious issues.

The example I will provide is one example. There are probably many.

Metis ethno-genesis began quite early when Europeans first came. In fact, there was some growth in the east, albeit fledgling. Eventually, the Metis formed the homeland in the region of Manitoba at the forks of the Red and Assiniboine Rivers. Early on, at the forks, the Metis were basically a people who came together. By 1810, they were saying that a new nation had been formed.

The Crown's role in having forced a whole people underground and into marginalization is important. I do not think that has been recognized. I do not think any responsibility has been taken on that. We are just beginning to look at the edges of that now. There are survivors of the underground. There are certainly Metis people who clearly still live in Metis communities very discretely, but many Metis are diffused. They are reclaiming that historical and contemporary identity as Metis. That is happening as we speak throughout the Metis homeland.

Others, however, are significantly caught in the tensions between Canadians and First Nations. In one of my research studies, one woman observed:

I have white friends that want me to pretend I'm white, and then I have Indian friends that want me to pretend I'm Indian; and they don't like each other and I'm stuck in the middle.

également le Centre autochtone de la santé et du bien-être que je suis en train de développer pour la Manitoba Métis Federation. Je vous remercie de me donner l'occasion de témoigner devant votre comité.

Avant toute chose, sachez que la perte d'identité des Métis est un facteur déterminant, tant sur le plan individuel que collectif. Comme vous avez pu le constater, leur marginalisation a eu de profonds effets sur leur santé. L'autonomie gouvernementale est le déterminant de la santé le plus important qui soit, et j'aimerais pouvoir vous en parler un peu.

Mon exposé comporte six volets. Pour commencer, je vais vous situer le contexte. Quelle est l'importance de l'histoire? Je vais vous parler un peu de la recherche et de la santé des Métis. Je vais vous présenter plusieurs graphiques et vous expliquer ce que je qualifie de déficit d'attention. Nous allons nous pencher sur certains indices, pour vous montrer où nous en sommes dans nos recherches. En quoi la culture et l'identité sont-elles si importantes, et qu'en pensent les autres chercheurs? J'aimerais aussi que nous discutons des approches ciblées et globales — je n'ai pas eu l'occasion de lire la transcription des délibérations précédentes du comité sur le sujet — et que nous réfléchissions là-dessus. Enfin, j'aimerais discuter de la nécessité de mettre en place des cadres de promotion de la santé adaptés à la population autochtone et de la manière d'aborder ces questions aussi fondamentales.

L'exemple que je vais vous donner en est un parmi tant d'autres.

La nation métisse a vu le jour peu de temps après l'arrivée des premiers Européens. En fait, même si elle était naissante, il y avait une présence plus marquée des Métis dans l'est du pays. Plus tard, les Métis se sont établis dans la région du Manitoba, au confluent des rivières Rouge et Assiniboine, et un peuple est né. Dès 1810, les Métis croyaient qu'ils constituaient une nouvelle nation distincte.

Il faut savoir que la Couronne a forcé tout un peuple à se cacher et à vivre en marge de la société. Je ne crois pas qu'elle l'ait jamais admis ni qu'on ait demandé des comptes à qui que ce soit. Les Métis commencent à peine à sortir de l'ombre et à être reconnus. Évidemment, il y a des Métis qui vivent dans des communautés, très discrètement, mais bon nombre sont dispersés. Ils revendiquent leur identité historique et contemporaine. C'est ce qui se passe en ce moment sur tout le territoire métis.

D'autres, toutefois, sont pris entre l'arbre et l'écorce, compte tenu des tensions qui persistent entre les Canadiens et les Premières nations. Dans le cadre de l'une de mes études, une femme m'a fait l'observation suivante :

J'ai des amis de race blanche et des amis indiens, et tous veulent que je m'identifie à eux; je suis donc coincée entre deux peuples qui ne s'aiment pas.

If we look at the under-representation of Metis research — Young did a paper — he did a search of a very specific period, of around 250 articles of Aboriginal health, there were four on Metis. There are some reasons for this. One of the key reasons is there is no enumeration of Metis in Canada and there are no identifiers in provincial data user files. As well, the Metis are highly urbanized and diffusely situated. There are some discrete Metis communities. For example, in the city of Winnipeg, there are around 23,000 Metis people, which is a large number of Metis people in one place, but they are diffusely situated throughout the city.

Metis research needs and aspirations are being overlooked. There is a significant risk, with the current new CIHR guidelines, because the word “Metis” shows up in the title but nowhere else. All the examples are First Nation examples. It is so stringent and based on discrete communities that it has the risk of actually shutting down research for Metis people.

These are some of the data I want to show you quickly. I will not spend a lot of time on it. This was a descriptive study that was done by the University of Manitoba and the Manitoba Metis Federation. You can see there that 43 per cent of Aboriginal people who do not live in reserve communities are Metis in Canada. That is a huge proportion, yet we tend to be overlooked. The next graph tells you this is a very young population, and that has significant implications for what will happen in the future if we do not begin to deal with the issue of Metis disempowerment.

In terms of the incomes, 55 per cent of Metis people live on incomes of less than \$20,000. I cannot imagine living on that kind of money. The income distribution of the Metis across Canada is not homogeneous; there are differences across provinces. It is something we need to look at and ask why that is occurring. What are the policy drivers that make that happen?

The next graph looks at chronic diseases. The Metis have significantly poorer health than the general population, except for hypertension, stroke and other long-term conditions. Other than TB and diabetes, there is no significant difference between Metis and First Nation health status.

You can see certain things, such as arthritis, are extremely high. Diabetes is further down the line but has significant impacts in terms of human suffering. Arthritis has not really been dealt with. There should be an article coming out shortly that I participated in publishing, looking at arthritis in the Aboriginal population in Manitoba.

The next graph is contact with health professionals. We can see that the family doctor use is around 72 per cent; from a previous study, the general population is about 83 per cent. Metis and First Nation access to family doctors is equivalent. They have less access to certain things, namely those things that really would not be insured, such as eye doctors and dentists. They have less access to those services.

En ce qui concerne la sous-représentation des Métis dans les recherches, d'après le document rédigé par Young, sur les 250 articles publiés au cours d'une période donnée à propos de la santé des Autochtones, seulement quatre parlaient des Métis. Plusieurs raisons expliquent cela, notamment le fait qu'on n'a pas recensé les Métis au Canada et que ceux-ci ne sont pas identifiés comme tels dans les bases de données des provinces. De plus, les Métis sont très éparpillés ou concentrés dans les centres urbains. Il y a quelques communautés métisses très peu visibles. Par exemple, à Winnipeg, on compte environ 23 000 Métis, ce qui est une assez forte concentration, mais ceux-ci sont dispersés à travers la ville.

On ne tient pas compte des besoins ni des aspirations des Métis dans les recherches. Dans les nouvelles lignes directrices établies par les IRSC, le nom « Métis » apparaît dans le titre et nulle part ailleurs, et c'est dangereux. Tous les exemples parlent des Premières nations. Tout cela est discrétionnaire, et communautés sont si peu visibles qu'on risque de cesser toute recherche là-dessus.

Je voudrais vous faire part rapidement de certaines données. Je ne m'y attarderai pas trop longtemps. Ce sont des données tirées d'une étude descriptive menée par l'Université du Manitoba et la Manitoba Métis Federation. Le premier diagramme montre que 43 p. 100 des Autochtones vivant hors réserve au Canada sont des Métis. C'est énorme et, pourtant, on a tendance à ne pas en tenir compte. Ensuite, on peut voir que la population métisse est très jeune, et les conséquences, dans l'avenir, pourraient être lourdes si on continue à les tenir à l'écart.

Pour ce qui est des revenus, 55 p. 100 des Métis ont moins de 20 000 \$ pour vivre. J'ai du mal à croire qu'on puisse subvenir à ses besoins avec si peu. La répartition des revenus des Métis au Canada n'est pas homogène. Il y a des différences d'une province à l'autre. Nous devons nous interroger là-dessus pour trouver les causes.

Le prochain diagramme illustre la répartition des maladies chroniques. On peut observer que les Métis sont en moins bonne santé que la population en général, sauf pour ce qui est de l'hypertension, des ACV et autres maladies de longue durée. De surcroît, mis à part la tuberculose et le diabète, il n'y a pas de différence significative entre l'état de santé des Métis et celui des Premières nations.

On peut voir que l'arthrite, entre autres, est une maladie très répandue. Quant au diabète, même s'il figure au bas de la liste, il n'en demeure pas moins que les souffrances qu'il provoque sont grandes. En outre, on ne s'est pas vraiment intéressé à l'arthrite. D'ailleurs, j'ai participé à la rédaction d'un article, qui devrait être publié très prochainement, sur l'arthrite dans la population autochtone du Manitoba.

Le diagramme suivant porte sur les visites chez le médecin. On peut constater que les Métis et les Premières nations ont sensiblement le même accès aux médecins de famille, avec 72 p. 100, ce qui est tout de même inférieur au taux de 83 p. 100 pour la population en général. Il est aussi plus difficile pour eux de consulter certains spécialistes, notamment des optométristes et des dentistes, car ils n'ont pas d'assurance pour couvrir les frais.

We must remember that these are graphs and the differences might be small. They may not be significant, but they do show up in the graphs.

There are a few more things, such as chiropractors and physiotherapists, which might be related to living in urban environments. Not shown on this slide is the fact that all rural Metis have less access to health care than urban Metis.

I want to talk about culture and identity and what is so important about it. We can talk about a lost century. The Metis people became hidden or invisible in another cultural milieu. Essentially, people had to go underground in order to be safe in Canada. If you were light skinned, you tended to mix in. If you refused to mix in, you were marginalized.

One of the other things I think is important is that what we know does not always seem to bear on what we do. If we look back to the early 1970s, Becker, who is deceased now, was a social scientist who studied identity and ego formation. He said that identity is simply a measure of power and participation.

We definitely know that the Metis people have had little access to power and participation, as well as being forcibly dispersed across the West. Discrete communities having been dispersed, it makes it difficult. I will talk later about why that is important.

Metis become triply marginalized, in a sense. There is the initial marginalization of not being accepted in either society. Metis are not just marginalized from the Canadian society; they are marginalized from the Indian society by not being included in the Indian Act and having those benefits. Now we are having a triple marginalization through this thing called "pan-Aboriginalism."

One of the things I would suggest is would we say, for instance, we will have a pan-Asian policy and tell Chinese and Japanese people that we will totally ignore your cultural differences because, purely for pragmatic reasons, we need one policy.

We would not think of a pan-doctor/nurse type of institution. Some of us would as population health people, but we are not there. Doctors and nurses get focused attention in Manitoba. There are 2,000 doctors that get focused attention and 56,000 Metis that do not.

I think the Aboriginal Health Transition Fund is a good start. There is a real re-emergence of a robust Metis cultural identity. The one thing we absolutely need is health information. In Manitoba, we are undertaking a fairly significant health status and health service utilization study with the University of Manitoba, and our province has been involved in that.

I want to look at specific versus broad approaches. These were talked about in one of the other sessions. Three of the witnesses had talked about the usual specific kind of policy interventions

Nous ne devons pas oublier que ce sont des graphiques et que les différences peuvent être minimes; il n'empêche qu'elles existent quand même.

Il y a aussi le fait que certains spécialistes, comme les chiropraticiens et les physiothérapeutes, sont plus souvent établis en milieu urbain. Il n'y a pas de graphique là-dessus, mais le fait est que les Métis vivant en milieu rural ont beaucoup moins accès aux soins de santé que ceux habitant dans des zones urbaines.

J'aimerais maintenant vous entretenir de l'importance de la culture et de l'identité. Nous pouvons parler d'un siècle perdu. Les Métis se sont fondus dans un autre milieu culturel. Au fond, les gens devaient se cacher pour vivre en toute quiétude au Canada. Si leur teint était pâle, ils avaient tendance à se mêler aux autres. S'ils refusaient de le faire, ils étaient marginalisés.

Autre fait important : nos actions ne semblent pas toujours refléter notre savoir. Si on remonte au début des années 1970, Becker, scientifique social aujourd'hui disparu, étudiait la formation de l'identité et de l'ego. Il disait que l'identité était simplement une mesure de pouvoir et de participation.

Nous savons pertinemment que les Métis avaient très peu accès au pouvoir et qu'ils ont été forcés de se disperser dans l'Ouest. C'est plus difficile pour des communautés peu visibles. Je vais vous dire plus tard pourquoi c'est si important.

Dans une certaine mesure, les Métis sont triplement marginalisés. Tout d'abord, ils ne sont acceptés au sein d'aucune société. Les Métis sont non seulement rejetés par la société canadienne, mais aussi par les Indiens, étant donné qu'ils ne sont pas assujettis à la Loi sur les Indiens et ne jouissent pas des avantages qu'elle procure. Nous nous retrouvons donc avec une triple marginalisation à cause de ce que nous pouvons qualifier d'« autochtonisme ».

C'est comme si, par exemple, le gouvernement fédéral adoptait une politique panasiatique et annonçait aux Chinois et aux Japonais qu'il allait complètement ignorer leurs différences culturelles parce que, pour des raisons purement pragmatiques, une seule politique suffit.

Autre exemple : c'est comme si on demandait aux médecins et aux infirmiers et infirmières de faire partie du même ordre professionnel. Certains seraient d'accord, mais nous n'en sommes pas là. Au Manitoba, on accorde beaucoup d'attention à ces professionnels de la santé, dont les 2 000 médecins, mais on n'en fait pas autant pour les 56 000 Métis.

Je pense que le Fonds pour l'adaptation des services de santé est une bonne initiative. On assiste à une véritable émergence de l'identité culturelle métisse. Ce dont nous avons absolument besoin, c'est de l'information sur la santé. Au Manitoba, nous sommes en train de mener une étude approfondie, en collaboration avec l'Université du Manitoba et le gouvernement provincial, sur l'accès aux services de santé et l'état de santé de la population.

J'aimerais faire une comparaison entre les approches ciblées et les approches globales. On en a discuté lors d'une séance précédente. Trois témoins ont parlé des interventions politiques

that are health promotion-based, to some extent. Some of them are about reducing poverty, but there are reducing risk factors in those.

I was particularly taken by the testimony of Dr. Stachenko and Dr. Glouberman. Dr. Stachenko talked about the need to understand the determinants and their interactions. This is something I have been working with for many years. Dr. Glouberman said we need to get a more fundamental understanding of the complexity of interaction to provide a broader picture. He also said that we should be thinking about the things that will release the efforts of individuals and small groups throughout society. It is not only broad, country level or even province level; it is local activity, local action and empowerment to act.

The RCAP, way back in 1996, did a paper where they had done some of the work in looking at international literature, which I said I had done later on, looking at the issue of locus of control. The evidence shows that a loss of control has significant impacts. They surmised that it is likely that a loss of control by Aboriginal people of the majority of life decisions has contributed to their poor health status. The European studies are clear. I call for a science of self-governance, that is, loss of control has physiological consequences. I did a significant paper looking at diabetes and stress, and that was one of the things that came out very clearly. There are significant physiological consequences when you do not have locus of control in your life.

Looking at a rationale for indigenous population health frameworks, we need to be able to support groups and individuals to understand the complex interactions of the many aspects of their lives. This includes looking at self-governance tools. Looking at indigenous population health promotion, we need to think about the cognitive and emotional dissonance and identity confusion that has occurred from triple marginalization — original forced marginalization, the cultural dispossession, which was often very subtle, and disorientation by Canada. Within families, people with different colours of skin were treated differently by society. That creates a huge impact within the family. Finally, the pan-Aboriginal idea is not a good thing because it is just one more level of marginalization in subsuming a whole people inside other cultural orientations.

As a Metis people, we are dispersed and diffusely situated. We need to be able to articulate the meaning of "Metis" to ourselves in order to help other people figure out what they need to do that is Metis-specific.

Earnest Becker said that an individual's self-worth is embedded in ego and identity. I think the Metis, particularly our youth, need to see themselves reflected as valuable in Canada. That does not exist today. It is an essential part of youth development.

habituelles précises et axées, dans une certaine mesure, sur la promotion de la santé. Certaines visent à réduire la pauvreté et les facteurs de risque d'apparition de maladies.

J'ai trouvé particulièrement intéressants les témoignages de la Dre Stachenko et du Dr Glouberman. La Dre Stachenko a signalé la nécessité de comprendre les déterminants et la façon dont ils interagissent avec les autres. Je travaille là-dessus depuis de nombreuses années. Le Dr Glouberman a indiqué qu'il fallait avoir une compréhension plus fondamentale de la nature de ces interactions pour donner une meilleure vue d'ensemble. Il a également dit que nous devrions voir comment les efforts de certains individus et petits groupes pourraient profiter à toute une société. Il ne s'agit pas uniquement des efforts déployés à l'échelle nationale ou provinciale; on parle aussi d'activités locales et du pouvoir d'agir.

En 1996, la CRPA a mené une étude, en se fondant sur des recherches internationales, ce que j'ai fait plus tard, comme je l'ai déjà dit, sur la question du contrôle. On a découvert qu'un manque de contrôle avait des répercussions importantes. On a présumé que le manque de contrôle des Autochtones sur leurs décisions de tous les jours n'était probablement pas étranger à leurs problèmes de santé. Les études européennes sont catégoriques. Je suis en faveur d'une autonomie gouvernementale car je considère que le manque de contrôle a des conséquences d'ordre physiologique. J'ai fait un travail approfondi sur le diabète et le stress, et c'est l'une des choses qui est ressortie. Lorsque les gens n'ont pas la maîtrise de leur vie, cela a d'importantes répercussions physiologiques.

Pour justifier l'établissement de cadres en matière de santé de la population autochtone, nous devons être capables d'appuyer les groupes et les personnes afin de comprendre les interactions complexes des nombreux aspects de leur vie. Cela signifie aussi leur donner les outils pour accéder à l'autonomie gouvernementale. Si nous voulons promouvoir la santé des Autochtones, nous devons nous intéresser aux dissonances cognitives et émotionnelles ainsi qu'à la confusion identitaire qui découlent d'une triple marginalisation — marginalisation initiale forcée, dépossession culturelle, souvent très subtile, et désorientation de la part du Canada. Au sein des familles, les gens ayant une couleur de peau différente étaient traités autrement par la société et cela a eu d'énormes conséquences. Enfin, l'idée d'une stratégie panautochtone n'est pas une bonne chose puisque qu'on ne ferait que perpétuer la marginalisation du peuple qui serait assimilé par un autre environnement culturel.

Nous, les Métis, nous sommes dispersés ici et là. Nous devons être en mesure de définir nous-mêmes le sens du mot « Métis » pour que d'autres sachent ce qu'ils doivent faire expressément pour les Métis.

Earnest Becker a dit que l'estime de soi est imbriquée dans l'ego et l'identité. Je crois que les Métis, en particulier nos jeunes, ont besoin qu'on leur montre qu'ils jouent un rôle utile au Canada. Ce n'est pas ce que l'on fait aujourd'hui. C'est pourtant essentiel au développement des jeunes.

Evans and Stoddart talk about moving beyond disease. If one disease is cured another will simply take its place. Bandura, a social scientist, said that social cognitive theory rejects a dualism between individuals and society. You need to look at the individual and the society concurrently. Finally, Corin argues for the need to include categories of cultural, political, economic and social issues. She was talking about a health measurement framework. Hertzman also talked about this and he looked at the inclusion of life stages.

The framework I have worked on since 1994 has been implemented in a number of ways. The most important thing is not the framework itself but the process of development. It includes both agency and structure, or the individual and society, as well as other layers. It meets the challenge of integrating those.

If we look at health in a holistic manner, we think of health as being a balance of the spiritual, emotional, physical and intellectual aspect of a child, a youth, an adult or an elder who live as individuals and as members of families, communities and nations within various cultural, social, economic and political environments. Every individual, every group, every community lives these uniquely. A First Nations perspective might look at it this way where a general population society might look at it within the form of a matrix.

The matrix is helpful to some extent. I have worked with hundreds of people to begin to refine the content of these individual words. I work with people in workshops and get them to do a personal assessment of all the words, then a group assessment of all the words. I then take them through a workshop where they can actually develop minimal standards of wellness. I always thought if we have minimal standards of critical care, why not have minimal standards of wellness care? It is a simple process of talking getting the personal meanings, talking about them in the group, and not trying to find a single meaning but asking what we all think.

Finally, it is a process of looking at this little table and, when you take the words physical, spiritual, emotional and intellectual as a group, determining what they are about. You gave a name to each one of these rows and columns. This is refined from probably 60 or 70 workshops over the years with hundreds and hundreds of people. It was not an academic exercise; I did it entirely as a volunteer because it is what I like to do.

This is the way to use it as a wellness model: The person is in the middle and you work with them so they understand the framework you want to use to be able to walk a life path — a life promotion framework not a health promotion framework — to prevent us from getting stuck in the health sector.

We talk about nature. Who are we? What identity do we want to create? What developmental stage are we at? What relationships do we need? How does that influence the networks we can have in our lives? How do networks influence the supports? How do the supports influence the environment you

Evans et Stoddart ont dit qu'il ne fallait pas s'arrêter à la maladie. Lorsqu'une maladie est vaincue, une autre prendra simplement sa place. Bandura, spécialiste des sciences sociales, a dit que la théorie sociale cognitive rejette le dualisme entre l'individu et la société. Vous devez regarder l'individu et la société en même temps. Enfin, Corin parle du besoin d'inclure des catégories d'enjeux culturels, politiques, économiques et sociaux. Elle parle d'un cadre de mesures de la santé. Hertzman en a parlé également et s'est penché sur l'inclusion des étapes de vie.

Le cadre sur lequel j'ai travaillé depuis 1994 a été mis en œuvre d'un certain nombre de façons. Le plus important, ce n'est pas le cadre lui-même, mais le processus de développement, qui comprend à la fois l'agent et la structure, ou l'individu et la société, ainsi que d'autres facteurs. Ce cadre permet d'intégrer tous ces éléments.

Si nous considérons la santé de façon holistique, il s'agit pour nous d'un équilibre de la dimension spirituelle, émotionnelle, physique et intellectuelle d'un enfant, d'un jeune, d'un adulte ou d'un aîné, tous étant des individus et faisant partie d'une famille, d'une communauté et d'une nation à l'intérieur de divers milieux culturels, sociaux, économiques et politiques. Chaque personne, chaque groupe et chaque communauté en fait une expérience unique. Une première nation peut avoir une perspective particulière, tandis que la population en général peut considérer cela sous la forme d'une matrice.

La matrice est utile dans une certaine mesure. J'ai travaillé avec des centaines de personnes pour essayer de préciser le contenu de ces mots particuliers. J'ai travaillé avec des gens en atelier et leur ai demandé de faire une évaluation personnelle, puis une évaluation collective de tous les mots. Je les guide ensuite dans le cadre d'un atelier durant lequel ils peuvent élaborer des normes minimales de bien-être. J'ai toujours cru que si nous avions des normes minimales pour les soins intensifs, nous devions aussi en avoir pour les soins de mieux-être. Il s'agit simplement d'essayer, en parlant, de trouver des significations personnelles, d'en discuter en groupe, non pas pour essayer de dégager un sens unique, mais pour demander ce que nous pensons tous.

Enfin, il s'agit de regarder ce petit tableau et de déterminer, en groupe, ce que signifient les mots physique, spirituel, émotionnel et intellectuel. Vous donnez un nom à chacune de ces rangées et colonnes. Ceci est le fruit de 60 ou 70 ateliers menés au fil des ans avec des centaines et des centaines de personnes. Ce n'était pas un travail universitaire; je l'ai fait bénévolement parce que c'est ce que j'aime faire.

Voici comment on doit l'utiliser comme modèle de bien-être : la personne est au centre et vous travaillez avec elle pour qu'elle comprenne le cadre que vous voulez utiliser pour cheminer dans la vie — le cadre de promotion de la vie, et non un cadre de promotion de la santé — pour ne pas rester coincé dans le secteur de la santé.

Nous parlons de la nature. Qui sommes-nous? Quelle identité voulons-nous créer? À quelle étape de développement en sommes-nous? De quelles relations avons-nous besoin? Quel est l'effet de cela sur les réseaux que nous pouvons avoir dans nos vies? Comment les réseaux influencent-ils les soutiens que nous avons?

live in? Finally, how does that help you have a voice? It is about a process of saying I know what the meaning of this framework is on a personal level and I can actually travel with it.

We can put anything in the middle of this circle. It can be diabetes or a policy or anything. It does not matter what goes in the circle. It is very important that we take the time to be able to work with Metis people and begin to clarify in an academic research manner what these things mean to us and how we can proceed forward with them.

That is the example I provide of one indigenous population health promotion framework.

The Chairman: Thank you, Dr. Bartlett. I understand Mr. Chartrand must leave in about five minutes.

Mr. Chartrand: Yes. I will leave in 20 minutes, Mr. Chairman, to catch a plane home.

We have a short presentation by Mr. LeClair on a portal we did within the last few years. It will be insightful and helpful to your committee as you look at recommendations on ways to change the Metis community today.

I must impress, I am pleased to have a Metis-specific opportunity here. Too often, we are lost in the word "Aboriginal." It creates mass confusion for us at home.

The Chairman: We were most anxious to have this opportunity to meet you separately tonight because tomorrow we will be entering into a round table. If you have difficulties at this point in time as to your identity and where you fit in Canadian society, you can imagine the difficulties we have in trying to determine the same.

Mr. Chartrand: As background, I come from the Department of Justice and I took a leave of absence and became a political leader for my people. In previous opportunities, I spoke in different universities in eastern Canada. I was quite shocked when I asked how many people actually knew who the Metis were. In a room of maybe 500, I saw 20 hands go up. This is Canada. This is where I am from. I was born and raised in Red Deer. I was taken aback. We are lost in the emblem of identity and we need to impress upon that. We are left out when programs and directions of institutions of deliverance come from government. The word "Aboriginal" is used and you, as Chair of the Senate Aboriginal Committee, might think we are getting something because we are Aboriginal when, in fact, we are not. I will pass it on to Mr. LeClair.

The Chairman: In case I forget to tell you, minister, Senator St. Germain told me he would be here tonight if he could make it. Things were mixed up when we left the Senate, so I do not know if he will make it.

Marc LeClair, National Advisor to the Minister of Health, Métis National Council: As I listened to Dr. Bartlett, it reminded me of former Prime Minister Trudeau talking about

Comment les soutiens influencent-ils le milieu dans lequel vous vivez? Enfin, comment tout cela vous aide à vous faire entendre? C'est un processus qui permet de dire je sais quel est le sens de ce cadre à un niveau personnel et je peux cheminer avec cela.

Nous pouvons mettre n'importe quoi au milieu de ce cercle. Ce peut être le diabète, une politique ou autre chose. Peu importe. Il est très important de prendre le temps de travailler avec les Métis et de commencer à clarifier, dans le cadre d'une recherche universitaire, ce que signifie ces choses pour nous et comment nous pouvons avancer à partir de là.

Voilà, à titre d'exemple, un cadre de promotion de la santé de la population autochtone.

Le président : Merci, docteur Bartlett. Je crois comprendre que M. Chartrand doit partir dans environ cinq minutes.

M. Chartrand : Oui. Je vais partir dans 20 minutes, monsieur le président, pour prendre l'avion et retourner chez moi.

M. LeClair va présenter un court exposé sur un portail que nous avons monté au cours des dernières années. Ce sera éclairant et utile au comité, qui cherche des recommandations sur la façon de changer la communauté métisse aujourd'hui.

Je dois souligner que je suis ravi que l'on parle tout spécialement des Métis ici. Trop souvent, nous sommes noyés dans le mot « Autochtone », ce qui crée beaucoup de confusion pour nous.

Le président : Nous tenions à vous rencontrer séparément ce soir puisque demain, nous allons entreprendre une table ronde. Si vous avez des difficultés à définir votre identité et la place que vous occupez dans la société canadienne, vous pouvez imaginer comment il est difficile pour nous de le faire.

M. Chartrand : Je viens du ministère de la Justice; j'ai pris un congé et je suis devenu un dirigeant politique pour mon peuple. J'ai eu l'occasion de m'adresser à des auditoires dans différentes universités de l'est du Canada. J'ai été estomaqué lorsque j'ai demandé combien de gens savaient qui étaient les Métis. Dans une salle d'environ 500 personnes, j'ai vu 20 mains se lever. Ceci est le Canada. Ceci est le pays d'où je viens. Je suis né et j'ai grandi à Red Deer. J'étais renversé. Nous nous perdons dans l'emblème de l'identité et nous devons faire comprendre cela. Nous sommes mis de côté lorsque le gouvernement élabore ses programmes et ses directives. Le mot « Autochtone » est utilisé et vous, le président du comité sénatorial des peuples autochtones, pensez peut-être que nous obtenons quelque chose parce que nous sommes des Autochtones alors qu'en fait, nous n'en sommes pas. Je vais céder la parole à M. LeClair.

Le président : Au cas où j'oublierais de vous le dire, monsieur le ministre, le sénateur St. Germain m'a dit qu'il serait ici ce soir s'il pouvait se libérer. Il y a eu confusion lorsque nous avons quitté le Sénat, alors je ne sais pas s'il pourra venir.

Marc LeClair, conseiller national du ministre de la Santé, Ralliement national des Métis : En écoutant la Dre Bartlett, je me suis rappelé l'ancien premier ministre Trudeau qui parlait du

multiculturalism. He said that a strong sense of Canadian identity was linked very much to a person's personal identity, which in turn was linked to their cultural group.

Clearly, the message from Dr. Bartlett is that it is important for population health and it might be applied to other multicultural groups in Canada in terms of improving their health conditions. We have to pay attention to identity and empowerment. All of those things underscore Dr. Bartlett's presentation.

I will present to you a piece that we have been working on — it is not complete by any means — about population health and a theory about population health. We tripped into this because we were trying to analyze as much data as we could that was available about Metis health in Canada.

We found that, in the health care system, sometimes it is like you start drinking your own — some ideas come up. One of the ideas was there was no data on Metis. In fact, from 1990 on, we have been collecting a lot of data on Metis through Statistics Canada, but no one analyzed it because no one is taking full responsibility for Metis health. Hence, we have a lot of data; we will just profile a bit of it here. We are in the process of populating this portal, but let me tell you the theory behind it.

It is consistent with other population health models and comes, to a large degree, from the Aboriginal Health Reporting Framework. We see that Metis health and well-being status — we measure their well-being, physical, mental and emotional. Those factors and the indicators behind the health status are shaped by these broader baskets of health determinants. How are we doing in social environment? What is our physical environment like? What kind of economic opportunities do we have? What are our income levels? What are our labour market participation rates? Do we have access to health care? We know that is an issue for Canadians generally in the hinterland. Do we have access to lifelong learning education and supports, including individual supports behind that? What kind of lifestyle habits — coping, spirituality and those kinds of things — do we have around us that help build a healthy person? As Dr. Bartlett pointed out, governance is a critical factor in a person's independence.

All of these things shape our health and well-being status and they should also shape what needs we have.

There is another part of the story, which is the demographics — the age structure of our population. We have found that, while we are a very young population, we are aging. There is a combination of an aging population and poor health that results in increased utilization rates. Increased utilization rates are driving the costs of the health care system that cannot be supported down the road. While we might have been ignored in the past, we are a very large population now. In Western Canada, we are closing in on 300,000 people, or more. It is growing as people throw off the yoke of marginalization and identify more, which is a healthy thing. This is not a negative story, it is a

multiculturalisme. Il disait que le sentiment d'identité canadienne était étroitement lié à l'identité personnelle, qui à son tour était liée au groupe culturel de chaque individu.

La Dre Bartlett nous dit que c'est important pour la santé de la population et qu'on peut appliquer ce concept à d'autres groupes culturels au Canada afin d'améliorer leur état de santé. Nous devons porter attention à l'identité et au renforcement des moyens d'action. Toutes ces choses ont été abordées dans l'exposé de la Dre Bartlett.

Je vais vous présenter un outil sur lequel nous travaillons — il est loin d'être achevé — concernant la santé de la population ainsi qu'une théorie à ce sujet. Nous avons fait quelques faux pas, parce que nous avons essayé d'analyser le plus de données possibles qui étaient disponibles sur la santé des Métis au Canada.

Nous avons constaté que, dans le système de soins de santé, c'est parfois comme si vous commenciez à... certaines idées surgissent. On croyait notamment qu'il n'y avait aucune donnée sur les Métis. En fait, à compter de 1990, Statistique Canada a recueilli beaucoup de données sur les Métis, mais personne ne les a analysées parce que personne n'assume l'entière responsabilité de la santé des Métis. Nous avons donc une foule de données, et nous allons vous en présenter un aperçu ici. Nous sommes en train d'enrichir ce portail, mais permettez-moi de vous parler de la théorie sous-jacente.

Ceci est cohérent avec d'autres modèles de santé des populations et vient en grande partie du cadre de reddition de comptes sur la santé des Autochtones. Nous voyons que la santé et le bien-être des Métis... Nous mesurons leur bien-être physique, mental et émotionnel. Ces facteurs et les indicateurs de la santé sont façonnés par ces grands ensembles de déterminants de la santé. Quel est notre environnement social? À quoi ressemble notre milieu physique? Quelles possibilités économiques avons-nous? Quels sont nos niveaux de revenu? Quels sont nos taux de participation au marché du travail? Avons-nous accès à des soins de santé? Nous savons qu'il s'agit d'un problème pour les Canadiens en général dans l'arrière-pays. Avons-nous accès à une formation continue et à des soutiens, y compris des soutiens individuels? Quelles habitudes de vie avons-nous autour de nous qui contribuent à la santé d'une personne — capacité de réagir, spiritualité, et cetera? Comme la Dre Bartlett l'a souligné, la gouvernance joue un rôle important dans l'indépendance d'une personne.

Toutes ces choses façonnent notre santé et notre bien-être et devraient aussi façonner nos besoins.

Il y a un autre aspect, qui est l'élément démographique, la structure d'âge de notre population. Nous avons constaté que même si nous sommes une population très jeune, nous vieillissons. Ensemble, le vieillissement de la population et le piètre bilan de santé font augmenter les taux d'utilisation des services de soins, ce qui influe sur les coûts du système de soins de santé qu'on ne peut plus soutenir. On a pu nous ignorer par le passé, mais nous sommes très nombreux maintenant. Dans l'ouest du Canada, nous sommes près de 300 000 personnes, ou même davantage. Ce chiffre augmente à mesure que les gens refusent d'être marginalisés et s'identifient davantage, ce qui est sain. Ce n'est

positive one. Your committee is looking at what structures are in place to improve that storyline — less utilization rates, a healthier population.

We have all of these factors that we are researching, and in behind each of these buttons is the data that we have. Dr. Bartlett went into some of it. We are populating this to get time series data over time. It is an innovative tool. There is a graphic interface and there is a database behind it. Health Canada is very interested in it and StatsCan loves this because it is a way to tell a story. This sponsorship program is the population health story.

All of those factors should drive our health and well-being needs. In these areas, we are working on diabetes, health, human resources, our capacities to help with suicide and recently in cancer for the first year. We are trying to find out in this area what is happening in the other areas. Once we find the needs, it should help shape program design by both levels of government.

In terms of health and well-being programs and services, all of this research, this capacity that we need to develop and learn more about, we need to transmit that knowledge into the program design. We then get into issues of: What kind of program is it? What are the reach of the programs? How effective are the programs — because these programs work on these broader health determinants? There is a circle. You can work forward and backward on this.

Your study is looking at how these broader determinants interact? How do they impact on health status? What is the system of supports that we have in place, including our ability to analyze what the needs are so that we can better shape our programs and services?

Behind some of these things, in terms of programs and services, we will go in and list what the national and provincial programs are. We are trying trying to get a sense of the program infrastructure out there. We have mapped it right to the hospital level in the rural, regional health authorities.

This is a dynamic portal with a lot of information, but does it tell us what the next steps are? It gives us a sense of where we need to go.

We do know that, in the last two years, if we do not do it, no one else is doing it for us. We need to have the capacity — that is the number one recommendation we have — to continue to do this long term. We have problems with the provinces, there is no question about that. Health Canada is aware of it. Some provinces are better than others.

If you look at the health care system at the provincial level for the Aboriginal population, even in the Western provinces where there is enormous population, the provincial health departments will have one, two or three persons working on it. They will have invested specific money, not even on Metis, just Aboriginals — a couple of million dollars here or there. There is little level of

pas une mauvaise chose. Votre comité examine les structures en place pour améliorer la situation, c'est-à-dire réduire les taux d'utilisation et avoir une population en meilleure santé.

Nous avons tous ces facteurs sur lesquels nous faisons des recherches et derrière chacun de ces boutons se trouvent les données que nous avons. La Dre Bartlett en a parlé un peu. Nous enrichissons notre banque pour obtenir des données chronologiques. Il s'agit d'un outil novateur. Il y a une interface graphique et une banque de données. Santé Canada s'intéresse beaucoup à la chose, de même que Statistique Canada parce que c'est une façon de raconter une histoire. Ce programme de commandites est l'histoire de la santé d'une population.

Tous ces facteurs devraient influencer sur nos besoins en matière de santé et de bien-être. Dans ces domaines, nous travaillons sur le diabète, la santé, les ressources humaines, notre capacité à prévenir le suicide et, pour la première année, le cancer. Nous essayons de voir ce qui se passe dans les autres secteurs. Lorsque nous aurons défini les besoins, nos données devraient aider les deux paliers de gouvernement à concevoir un programme.

En ce qui a trait aux programmes et aux services de santé et de bien-être, toute cette recherche, cette capacité que nous devons développer et mieux connaître, nous devons transmettre cette connaissance pour faciliter la conception d'un programme. Puis nous devons répondre aux questions suivantes : de quel type de programme s'agit-il? Quelle est la portée des programmes? Quelle est leur efficacité — puisque ces programmes visent ces grands déterminants de la santé? Il y a un cercle. Vous pouvez vous en approcher et vous en éloigner.

Votre étude porte sur les liens entre ces grands déterminants. Comment influent-ils sur l'état de santé? Quel est le système de soutien que nous avons en place, y compris notre capacité d'analyser les besoins pour que nous puissions mieux concevoir nos programmes et services?

Derrière ces choses, nous dressons la liste des programmes nationaux et provinciaux. Nous essayons de comprendre l'infrastructure des programmes. Nous les avons recensés jusqu'au niveau des centres hospitaliers, des offices régionaux de santé.

Il s'agit d'un portail dynamique qui présente beaucoup d'information, mais nous dit-il quelles sont les prochaines étapes? Il nous donne un aperçu de la direction que nous devons prendre.

Nous avons appris, au cours des deux dernières années, que si nous ne faisons rien, personne d'autre ne le fera pour nous. Nous devons avoir la capacité — c'est notre première recommandation — de continuer de faire cela à long terme. Nous avons des problèmes avec les provinces, il n'y a aucun doute à ce sujet. Santé Canada le sait. Certaines provinces sont meilleures que d'autres.

Si vous regardez les systèmes de soins de santé mis en place par les provinces à l'intention de la population autochtone, même dans les provinces de l'Ouest où la population est nombreuse, les ministères provinciaux de la Santé y auront affecté une, deux ou trois personnes. Elles auront investi des sommes d'argent précises, non pas pour les Métis, mais seulement pour les Autochtones —

engagement at the regional health authority where the money is spent. It is very difficult to influence how that medical paradigm is addressing what are very acute population issues.

The biggest crisis concerns the preventable things — FAS, FAE, and so on. Those are preventable. Once you do not deal with them, you have a continued problem. It is long-term beds, and so on. That is so preventable. It is about changing behaviours.

What is our ability to change behaviours? Two years ago, we had very little ability to change behaviours. We had a very small role in population promotion and that sort of thing. We have a number of areas where we need to move critically now. We are not integrated into the health care system for long-term care for elders. This is a growing problem. The provinces are not building or factoring us into the capital plans of those facilities. FAS, all those dependants, is growing at an enormous rate. We want to build capacity and get into the health promotion area. We need to influence the population and we need to change behaviours. Those things we can do.

We will not create, as Minister Chartrand said, a separate system, but we need a separate focus with very aggressive health promotion initiatives and it needs to be targeted Metis-specific. You will probably hear the First Nations say it needs to be First Nations-specific; they will speak for themselves.

Health Canada moved from 2004 and they have a heck of a problem in terms of meeting the demands on the existing system and the problems that First Nations have.

We were lucky, I suppose. In 2004, we got a commitment from the Prime Minister and the premiers to invest \$700 million in additional money for Aboriginal health initiatives, of which we now get a small share that we are grateful for. That is a three-year program. It has taken a couple of years because of the minority-government situation and the supply bills and so on to get the money up and running. We have it going and are running as fast as we can, but the key here is that we need a long-term commitment.

Mr. Chartrand: If I can conclude, as the leader of the West, I sometimes take strong offence when I hear that there is enough being spent on Aboriginal people. Not so long ago, there was reference in the national news where the minister made it clear that \$10.9 billion was being spent on Aboriginal people. Let me tell you that less than 1 per cent comes to the Metis people. We did a quick analysis last year. We paid \$531 million in federal taxes as Metis people, and we got less

quelque millions de dollars ici et là. Il y a très peu d'engagement au niveau de l'office régional de la santé où l'argent est dépensé. Il est très difficile d'avoir une influence sur la façon dont on essaie de régler des problèmes qui sont criants.

Il faut s'attaquer de toute urgence aux problèmes que l'on peut prévenir : le syndrome d'alcoolisation fœtale, les manifestations d'alcoolisme fœtal, et cetera. Ces problèmes peuvent être évités. Si vous ne vous en occupez pas, vous avez un problème permanent. Ce sont des soins de longue durée, et cetera. Il s'agit de changer les comportements.

Dans quelle mesure pouvons-nous le faire? Il y a deux ans, nous étions très peu en mesure de changer les comportements. Nous avons un très petit rôle à jouer dans la promotion de la santé et ce genre de choses. Nous devons agir de toute urgence dans un certain nombre de domaines. Les soins de longue durée pour les aînés ne sont pas intégrés dans le système de soins de santé. Ce problème prend de l'ampleur. Les provinces ne tiennent pas compte de nous dans la planification de ces installations. Le syndrome d'alcoolisation fœtale, toutes ces dépendances augmentent à un rythme effarant. Nous voulons acquérir cette capacité et jouer un rôle dans la promotion de la santé. Nous devons influencer la population et changer les comportements. Nous pouvons faire ces choses.

Nous n'allons pas créer, comme le ministre Chartrand l'a dit, un système distinct, mais nous devons avoir une perspective distincte et mettre en œuvre des initiatives de promotion de la santé très énergiques à l'intention des Métis. Les Premières nations vous diront probablement que ces initiatives doivent viser spécialement les Premières nations; elles parleront pour elles-mêmes.

Santé Canada a pris des mesures à compter de 2004 et a beaucoup de difficultés à faire face aux pressions exercées sur le système en place et à régler les problèmes des Premières nations.

Nous avons été chanceux, j'imagine. En 2004, le premier ministre du Canada et les premiers ministres provinciaux se sont engagés à investir 700 millions de dollars de plus dans des initiatives visant la santé des Autochtones, dont nous obtenons maintenant une petite part pour laquelle nous sommes reconnaissants. Il s'agit d'un programme de trois ans. Il a fallu attendre quelques années en raison de la situation minoritaire du gouvernement, des projets de loi de crédits et d'autres mesures nécessaires pour débloquer les sommes promises. Nous mettons les choses en place le plus rapidement possible, mais ce qu'il faut comprendre, c'est que nous avons besoin d'un engagement à long terme.

Mr. Chartrand : Si je peux conclure, à titre de dirigeant de l'Ouest, je suis parfois très offensé lorsqu'on dit que des sommes suffisantes sont consacrées aux Autochtones. Il n'y a pas très longtemps, le ministre a fait les nouvelles nationales quand il a affirmé que 10,9 milliards de dollars étaient consacrés aux peuples autochtones. Permettez-moi de vous dire que moins de 1 p. 100 de cette somme est remise aux Métis. Nous avons fait une analyse rapide l'an dernier. Les Métis ont payé des impôts fédéraux de

than 1 per cent of the money being announced that is out there. There is Aboriginal money out there, but it is not coming to us.

At the end of the day — you and I will agree — I am still a Canadian. I will still use the hospitals, the doctors and the institutions and infrastructure in this country.

If you are not focused on our people or our situation, it will have an effect. Speaking of the social determinants and our traditional economies, right now there is a crushing event occurring in Western Canada. Our commercial fisheries are going down. Over half the people who work in that industry are Metis. Our forest industries are being taken over by big companies in the United States. Our small entrepreneurial industry is gone from that area. The trapping industry is gone. Tourism is crashing now because fishing and hunting are being affected, and that affects our communities.

As our economic engines are crashing, social problems occur and they are getting bigger. Previously, we were able to take care of ourselves somewhat, because we are an entrepreneurial and hard-working people, but we are coming to a state where leaving the Metis out for jurisdictional issues between two governments will affect every Canadian in this country.

For a second, forget the issue of rights. Sit down with the Metis people. In the Constitution of this country, we are protected, but, more important, sit down and ask what the issues are. No one can come and tell you that I know every situation of my people in Manitoba, where I am the president, or the vice-president nationally, but I can tell you that no one has told you what great educational levels our children are at now. Tell us how many people have chronic illnesses in a certain house. What kind of illnesses are in that house? What kind of jobs? What is the income of that particular community? If there were more in-depth reviews being done of that nature, it would help.

I hear governments coming along with 10-year plans for education. How can you have a 10-year plan for my people when you do not know the status of my people or the state of my people? At least, First Nations documents everything, because the province sends the bill to Ottawa. There is a reason they have to tag every service and potential that comes with that relationship. For us, it is better not to say anything about how you are serving me because you will blame the other ones and say that they are responsible.

As Metis people, we find ourselves in a challenging position. I have been leading in politics since 1988. Over the last several years in visiting my communities, not only in Manitoba but throughout the West, this is the first time I have had a sense of fear inside of me that I see such a dismal future, already for the elders and now for people my age. Imagine what is happening to the generation coming after us. If there are no jobs, what will happen? We have always worked and paid taxes. I believe in paying taxes. The sad part is that no one wants to treat me or

l'ordre de 531 millions de dollars et ont reçu moins de 1 p. 100 de l'argent annoncé. Des sommes sont consenties aux Autochtones, mais elles n'arrivent pas jusqu'à nous.

Au bout du compte — vous en conviendrez avec moi — je suis toujours un Canadien. Je vais encore avoir recours aux hôpitaux, aux médecins et aux institutions et infrastructures de notre pays.

Si vous ne tenez pas compte de notre peuple et de notre situation, des effets se feront sentir. En parlant des déterminants sociaux et de nos modes de vie traditionnels, un phénomène accablant se produit à l'heure actuelle dans l'Ouest du Canada. Nos pêches commerciales sont en déclin. Plus de la moitié des travailleurs de cette industrie sont des Métis. De grandes entreprises américaines mettent la main sur nos industries forestières. Nos petites entreprises ont disparu de cette région. Le trappage a disparu. Le tourisme est en chute libre parce que la pêche et la chasse diminuent, ce qui affecte nos collectivités.

Comme nos moteurs économiques s'effondrent, les problèmes sociaux font surface et prennent de l'ampleur. Auparavant, nous avons réussi à nous occuper de nous-mêmes parce que nous sommes un peuple entreprenant et travailleur, mais nous arrivons à un point où le fait de laisser les Métis à leur sort pendant que les deux paliers de gouvernement débattent de leurs secteurs de compétence aura des répercussions sur tous les Canadiens.

Oubliez la question des droits pour un instant. Allez-vous asseoir avec les Métis. Dans la constitution du pays, nous avons des protections, mais chose plus importante, demandez quels sont les enjeux. Personne ne peut vous dire que je connais chaque situation que vit mon peuple au Manitoba, où je suis le président — le vice-président à l'échelle nationale —, mais je peux vous dire que personne ne vous a parlé des excellents niveaux d'éducation que nos enfants ont atteints. Dites-nous combien de personnes ont des maladies chroniques dans une maison donnée. Quelles sont les maladies que l'on trouve dans cette maison? Quels sont les emplois? Quel est le revenu de cette collectivité? Il serait utile de faire davantage d'études approfondies de cette nature.

On dit que les gouvernements vont présenter des plans de dix ans dans le domaine de l'éducation. Comment pouvez-vous avoir un plan décennal pour mon peuple alors que vous ne savez pas dans quelle situation et dans quel état il se trouve? Au moins, les Premières nations documentent tout, parce que la province envoie la facture à Ottawa. Il y a une raison pour laquelle elles doivent étiqueter chaque service et possibilité qui découle de cette relation. Pour nous, vaut mieux ne rien dire sur la façon dont vous me servez parce que vous allez blâmer les autres et dire que ce sont eux les responsables.

Nous, les Métis, nous nous trouvons dans une situation difficile. Je suis un dirigeant politique depuis 1988. Depuis plusieurs années, je rends visite à mes collectivités, non seulement au Manitoba mais partout dans l'ouest, et c'est la première fois que je ressens cette peur à l'intérieur de moi, que je crains pour l'avenir non seulement des personnes âgées, mais aussi des personnes de mon âge. Imaginez ce qui arrive à la génération qui nous suit. S'il n'y a plus d'emploi, que se passera-t-il? Nous avons toujours travaillé et payé des impôts. Je crois qu'il faut le faire. Je

service me because they are afraid that they might have a jurisdictional responsibility or have to take responsibility in some form or fashion.

I always say to ministers: "I can be somewhere in the middle of a bush in Manitoba and you will find me to pay my taxes, but if I am sitting out there for a service, you will never come to find me to provide me services."

Senator Keon, you have a significant role as chair. I encourage you to look at the Metis file and, if possible, be a champion for our file. I believe these commissions and committees have a strong relation to what can happen in the future. I encourage the other committee members to play a role in helping the Metis because we do not know where else to turn. We will continue to bring our issues forward, but we need someone to be there to help us.

The Chairman: I can assure you that you are preaching to the converted. The reason for this population health study is so that we can focus on population groups that are not in the same state of health as the others. Fundamentally, we can break it down to three health groups in Canada: the rich and healthy, who live in the cities; the not-so-rich and not-so-healthy, who live in the country; and the poor and very unhealthy that live in underprivileged areas. Our ambition is to get at these pockets of people that are not enjoying the same standard of health as the average Canadian.

Sometimes it is easy. When we eventually get through this study and get down to recommendations that will work and can get services to you, where we can get at community models, it will be relatively easy. You indeed have a truly complex problem with a rather diffuse population spread out, and you do not have these pockets of people in communities, as far as I can see now. We will learn some more tomorrow and we will learn more as we go along. We will work with you and we will find a way to give you autonomy on the ground — that is, the control of your own destiny as it relates to health, we hope, and to get your health status improved to the point of the average Canadian.

Before you go — and I appreciate that Dr. Bartlett and Mr. LeClair will be with us tomorrow morning — I want to address our methodologies. Fundamentally, they will allow us to look at population groups that are not enjoying good health and to analyze why they are not enjoying good health. There are about 12 or 13 determinants of health. The most important one is wealth; then we have education, housing, nutrition, and the list goes down.

What will be different about our report from other reports is that we want the government to look at the whole nine yards and not just someone's bad tonsils, but why they have bad tonsils; in

déplore toutefois que personne ne veule me donner un service parce qu'on craint de se retrouver dans un secteur de compétence qu'on n'a pas ou d'avoir à assumer une responsabilité sous une forme quelconque.

Je dis toujours aux ministres : « Je peux me trouver au milieu d'une forêt au Manitoba et vous saurez me trouver pour que je paie mes impôts, mais si je demande un service, vous ne viendrez à ma recherche pour m'offrir ce service. »

Sénateur Keon, vous avez un rôle important à titre de président du comité. Je vous encourage à examiner le dossier des Métis et, si possible, à défendre notre cause. Je crois que ces commissions et ces comités peuvent influencer le cours des choses. J'encourage les autres membres du comité à aider les Métis parce que nous ne savons pas à qui d'autre nous adresser. Nous allons continuer à faire connaître nos problèmes, mais nous avons besoin de quelqu'un pour nous aider.

Le président : Je peux vous assurer que vous prêchez à un converti. Si nous menons cette étude sur la santé des populations, c'est dans le but de pouvoir cibler des groupes dont la situation laisse à désirer. À la base, nous pouvons diviser la population canadienne en trois catégories pour ce qui est de la santé : ceux qui sont bien nantis et qui ont une bonne santé, que l'on retrouve dans les villes; ceux qui sont un peu moins bien nantis et pas en aussi bonne santé, qui vivent à la campagne; et les démunis dont la santé est très précaire, que l'on retrouve dans les secteurs les plus défavorisés. Nous voulons venir en aide à ces segments de la population qui, comparativement aux Canadiens moyens, ne semblent pas bénéficier de l'application des mêmes normes de santé.

Il arrive que ce soit chose facile. Lorsque nous aurons mené à terme cette étude et formulé nos recommandations pour produire des résultats et vous donner accès à des services, lorsqu'il nous est possible de dégager des modèles communautaires, la tâche est relativement aisée. Vous êtes toutefois confrontés à un problème vraiment complexe étant donné votre population plutôt éparpillée ce qui fait que, d'après ce que je peux constater actuellement, on ne retrouve pas ces regroupements de gens au sein des communautés. Nous en apprendrons un peu plus demain, et encore davantage au fil de notre étude. Nous allons collaborer avec vous afin de trouver un moyen de vous permettre d'agir directement sur place — c'est-à-dire de prendre en main votre propre destinée en matière de santé, nous l'espérons, et profiter de conditions de santé comparables à celles auxquelles le Canadien moyen a accès.

Avant que vous ne partiez — et je dois noter que la Dre Bartlett et M. LeClair seront des nôtres demain matin — je voudrais parler de nos méthodes de travail. Il s'agit essentiellement d'examiner la situation des groupes dont les résultats en matière de santé sont déficients et d'analyser les raisons d'un tel phénomène. Il existe 12 ou 13 déterminants de la santé. La capacité financière figure en tête de liste, suivie de l'éducation, du logement et de l'alimentation, dans cet ordre.

Notre rapport se distinguera des autres par notre volonté d'inciter le gouvernement à adopter une approche holistique de la situation. Autrement dit, il ne suffit pas de diagnostiquer

other words, because they have not been eating the proper food, they have not had the proper housing, and so on. We want to make recommendations along those lines.

I am stealing the other senators' time here. Since I have you here, I want to know how we can apply our methodologies to the Metis. Senator St. Germain is a great help; I talk to him a lot. For example, with the native peoples, we can go up to Iqaluit or Baffin Island; we can look at the communities and talk about a community facility that provides health and social services for these people. When we are talking about Metis, however, I am puzzled as to how we will recommend that kind of control for your own people for your own destinies.

Mr. Chartrand: I can share this with you. The Metis governance structure is very strong in the West. In fact, one thing I am proud about is that provincially we are the only Aboriginal people in Canada that are democratically elected by ballot box across the province. For me, I have to campaign in the entire province of 80 communities. We know in general what the larger populated Metis communities are and where you would find that the Metis consume the community and are the majority and not the minority. We know which communities we are in the minority and how we can work with them. The governance structure is one of the avenues where you can turn to. As referenced by Dr. Bartlett, the governance of the Metis nation is fundamental. Our elected officials and our people come right from the community. Our local infrastructure of governance, of service and delivery, is managed right in the community.

A good example is our human resource development that we have in partnership with Canada. The decisions of who gets training and how and what fields the training should be in is decided right in the community. Who better to decide? They live right there.

With housing, for example, we have not had a house built in Metis communities for over a decade. In Manitoba, we are finally getting four houses built now — yet our waiting lists are sometimes for 200 families. I have been in meetings where families have physically fought for a house because one house has become vacant, and this is social housing that Canada has developed over time.

I mean no disrespect to First Nations. I commend them and I wish them well. Our people watch next door and they see houses being erected in the First Nation community and not in ours. The overcrowding continues. With that, of course, are the effects. One of the things I am working on, and Dr. Bartlett is working

un problème d'amygdales, il faut chercher à en connaître les causes, à savoir, notamment, s'il peut provenir d'une mauvaise alimentation ou d'un logement insalubre. C'est dans cette optique que nous souhaitons formuler nos recommandations.

Je suis en train d'empiéter sur le temps à la disposition des autres sénateurs. Je veux profiter de votre présence pour savoir comment nous pourrions appliquer nos méthodologies à la situation des Métis. Le sénateur St. Germain m'est d'un grand secours à cet égard; je discute beaucoup avec lui. Par exemple, dans le cas des Autochtones, nous pouvons nous rendre à Iqaluit ou sur l'Île de Baffin; nous pouvons voir comment les choses se passent et discuter d'un mécanisme local pour offrir des services sociaux et de santé à ces populations. Dans le cas des Métis, je me demande toutefois ce que vous pourriez nous recommander quant à la manière pour vous de prendre ainsi en main les destinées de vos gens.

M. Chartrand : Voici ce que je peux vous dire à ce sujet. La structure de gouvernance des Métis est très solide dans l'Ouest. Ainsi, je m'enorgueilliss du fait que nous sommes le seul regroupement autochtone au Canada dont les dirigeants sont élus à l'échelle provinciale par scrutin démocratique. Pour ma part, je dois faire campagne dans les 80 communautés de toute la province. Nous savons généralement quelles sont les communautés métisses les plus peuplées et celles où on peut constater que les Métis sont majoritaires, et non minoritaires. Nous connaissons aussi les collectivités où ils sont minoritaires et la façon de faire les choses dans ces cas particuliers. La structure de gouvernance est l'une des avenues possibles. Comme l'a souligné la Dre Bartlett, la gouvernance joue un rôle fondamental au sein de la nation métisse. Nos représentants élus et nos intervenants viennent directement de la communauté. C'est à l'échelon même de celle-ci qu'est gérée notre infrastructure locale de gouvernance et de prestation des programmes et des services.

Notre développement des ressources humaines, que nous effectuons en partenariat avec le Canada, en est un bon exemple. C'est au cœur même de la communauté que sont prises les décisions quant aux personnes qui recevront de la formation, aux méthodes utilisées et aux compétences à acquérir. Qui sont les mieux placés pour prendre de telles décisions? Les gens qui vivent dans la communauté.

Pour ce qui est du logement, par exemple, aucune maison n'a été construite dans une communauté métisse depuis plus de 10 ans. Au Manitoba, nous avons pu finalement obtenir la construction de quatre maisons, mais notre liste d'attente compte parfois jusqu'à 200 familles. J'ai assisté à des réunions où des familles en sont littéralement venues aux coups pour obtenir une maison devenue vacante. C'est le régime de logement social que le Canada a mis sur pied au fil des ans.

Les Premières nations ont droit à tout mon respect et à mes meilleurs vœux. Les Métis ne manquent toutefois pas de regarder du côté des communautés des Premières nations pour voir des maisons y être érigées, alors que rien n'est fait pour eux. Le surpeuplement continue. Ce phénomène a bien évidemment

on in Manitoba, is more of an in-depth process of gathering the data necessary. I am looking at a more province-wide, direct chronological accessing of data.

I want to go house to house and collect everything there is to know from that family. I want to know how many kids live in that house. I want to know the household income. I want to know about any chronic illnesses they may have in that house. I want to know the jobs they perform and their education level. When we develop an actual plan — I will not have that data; I am the president and I do not have that data for my people because I do not have the financial tools to actually do this. It will cost several million dollars, but there is money to be saved. No one wants to collect our data. I will make that clear to you. Canada does not want to recognize that data, nor does the province, because they will have to deal with us. Once that data is there, with it comes the information. Right now, Stats Canada's numbers are all guesstimates. There is no one going directly into the community to finally get a good snapshot.

I would recommend that as the first wise thing to do. If we do not, you and I may be throwing money up in the air, too, because we are not sure where we are going. We need to establish the primary focus of how we invest this money. More research needs to be done. We do not just want to jump and say diabetes is a problem — it is a major problem right now throughout the West.

I will give you an example of how hard it is. Some of our elders are sneaking in rides with these vans that come in from the reserve. I am now getting negative calls from the reserve demanding that I pay because one of my Metis elders took a ride because he could not afford to get to his dialysis treatment. They are sneaking in there because they do not have the money. Many of the elders are living on Old Age Pension, and ours is not paid for, we are on our own. We have to make our way into the cities to get dialysis. They are putting some in the First Nations communities, which I commend again, but we are not entitled to access those.

When looking at the demographics of our people, the best thing I can say is that we do have strong governance. Work with the Metis governance and I assure you will get that part of it. Let us do more in-depth research and get the answers, so when the government decides to invest in regular expenditures, perhaps the primary should be first and then the secondary should come. We need to develop education and we need to know what primaries we should invest in first. If you say we need to deal with diabetes as a primary but my economics are

différentes répercussions. À l'instar de la Dre Bartlett au Manitoba, je m'efforce notamment d'établir un processus plus soutenu aux fins de la cueillette des données nécessaires. Je voudrais que l'on puisse compter sur un système provincial d'accès direct aux données en temps réel.

Je veux visiter chacun des foyers afin d'obtenir tous les renseignements possibles sur les personnes qui y vivent. Je veux savoir combien il y a d'enfants. Je veux connaître le revenu du ménage. Je veux savoir si certains ont des maladies chroniques. Je veux connaître les emplois occupés et le niveau de scolarité. Lorsque vient le temps d'élaborer un plan concret, je ne peux pas compter sur de telles données; je suis président et je n'ai pas ces renseignements concernant les gens que je représente car je ne dispose pas des moyens financiers pour procéder à une telle cueillette d'information. Cela coûterait plusieurs millions de dollars, mais on préfère économiser ces sommes. Personne ne veut recueillir l'information nous concernant. Je peux vous en assurer. Le Canada ne veut pas avoir à reconnaître ces faits, pas plus que la province, car on devrait alors prendre des mesures en conséquence. En compilant de telles données, on peut ensuite informer les gens. À l'heure actuelle, les chiffres de Statistique Canada viennent exclusivement d'estimations. Personne ne se rend directement au sein des communautés pour obtenir enfin un portrait fidèle de la situation.

Je dirais que c'est la chose à faire en priorité. Sans cela, aussi bien saupoudrer notre argent au gré du vent parce qu'on ne sait pas vraiment où on s'en va. Il nous faut cibler des priorités pour l'investissement de ces sommes. Des recherches plus approfondies s'imposent. Il ne suffit pas de se lever pour déclarer que le diabète est un problème — c'est d'ailleurs un problème important actuellement dans tout l'Ouest canadien.

Je vais vous donner un exemple des difficultés que nous éprouvons. Certains de nos aînés parviennent à se faufiler dans ces fourgonnettes qui offrent du transport à partir des réserves. Les gens de la réserve ne m'appellent pas pour se plaindre et demander un remboursement parce qu'un de mes aînés métis a profité d'un tel transport, étant donné qu'il n'avait pas les moyens de se rendre à son traitement de dialyse. S'ils utilisent clandestinement ces services, c'est parce qu'ils n'ont pas d'argent. Bon nombre des aînés vivent uniquement de leur pension de sécurité de la vieillesse, que nous devons nous-mêmes financer. Ils doivent se rendre à la ville la plus rapprochée pour leurs traitements de dialyse. Certains équipements sont mis en place dans les collectivités des Premières nations, une initiative que je trouve également fort louable, mais nous n'y avons pas accès.

Lorsqu'on examine la situation démographique de notre peuple, je peux certes vous assurer que nous pouvons compter sur un système de gouvernance très solide. Il vous suffit de collaborer avec les dirigeants métis pour être à même de le constater. Donnez-nous les moyens de mener des recherches plus approfondies et d'obtenir les réponses à nos questions de telle sorte que les priorités soient bien établies lorsque le gouvernement décidera d'investir d'une façon régulière pour nous soutenir financièrement. Nous devons développer nos systèmes

still crumbling, then we will not solve anything because there is no money to buy proper food.

I will give a Manitoba example. I was so happy, my Minister of Aboriginal Affairs announced gardens for Aboriginal people in the North. It did not go to my community but it went to First Nations. I was so mad that, as a Manitoban, a founder of Manitoba and a taxpayer and a Metis rights bearer, this gardening improvement was not coming to my community to help my community eat better and get better nutritional foods. We did not even have our own store. Imagine that. There are 800 people there. How do they get their vegetables and proper foods? They do not. They are eating the cheap foods. That is what is causing a lot of these things. Economically, we cannot afford it anyway, but there are no programs helping on that aspect.

This is a passionate thing for me, but I must express the best way to encourage more research and investment capacity as referenced by Mr. LeClair, but definitely with our governance structures. That will guarantee success because we must be accountable for every dollar. I am not afraid of any accountability. People can come and audit me until they are blue in the face, and I will never be fearful of that.

Senator Cook: I come from the province of Newfoundland and Labrador. I believe the Metis nation in Labrador is not part of your jurisdiction.

Mr. Chartrand: No, in fact we make it very clear that the Metis nation is a western-based nation and history has proven that.

Senator Cook: Who looks after them?

Mr. Chartrand: They fall under the category of Inuit, the mixed blood of the Inuit or whatever First Nation they are connected with. In our position, they have a group that is organized that sits down with government. They do call themselves Metis because in French the word "Metis" means mixed blood. That is what they connect themselves to, but the Metis nation is a nation of a people and we originate and have developed in the West.

The Chairman: They speak Inuktitut, do they?

Mr. Chartrand: I believe so, yes.

Senator Cook: No. They are from William's Harbour. There is an M.P. who is head of the Metis nation, Todd Russell.

Mr. Chartrand: Todd Russell, yes. Our full position at the Metis National Council is that the Metis nation is a western-based people. They do have relations with Canada but from a different

d'éducation et être capables de cibler les secteurs où il faut investir en priorité. Si vous décidez que l'argent doit aller d'abord au problème du diabète sans que nos difficultés n'aient été aplanies, vous ne réglerez rien du tout parce que les gens n'auront pas d'argent pour acheter les aliments qui leur conviennent.

Je vais vous donner un exemple tiré du Manitoba. Je me suis beaucoup réjoui lorsque notre ministre des Affaires autochtones a annoncé la création d'un jardin pour les Autochtones du Nord. Ce n'est pas ma communauté qui en a bénéficié, mais bien les Premières nations. En ma qualité de Manitobain, de descendant des fondateurs de la province, de contribuable et de défenseur des droits des Métis, j'étais furieux de constater que cette initiative ne permettrait pas aux gens de ma communauté de mieux s'alimenter en ayant accès à des produits plus nutritifs. Nous n'avions même pas notre propre magasin. Alors, vous pouvez vous imaginer. Il y a 800 personnes dans la communauté. Comment peuvent-elles avoir accès à des légumes et à des aliments sains? C'est tout simplement impossible. On consomme donc des aliments bon marché. C'est ce qui est à l'origine de bon nombre des problèmes. D'un point de vue économique, nous ne pourrions pas nous le permettre de toute manière, mais il n'existe aucun programme d'aide à cet égard.

C'est un aspect qui soulève beaucoup de passion chez moi, mais je dois faire de mon mieux pour encourager une amélioration des capacités de recherche et d'investissement comme l'indiquait M. LeClair, en passant toutefois assurément par nos structures de gouvernance. Ce sera un gage de réussite, car nous devons rendre compte de chaque dollar utilisé. Je ne crains aucunement cette obligation de responsabilisation. On peut bien venir vérifier nos livres jusqu'à n'y voir plus clair; je n'ai absolument aucune crainte.

Le sénateur Cook : Je suis de la province de Terre-Neuve-et-Labrador. Je crois que la nation métisse du Labrador ne relève pas de votre gouvernance.

M. Chartrand : Non, et nous avons en fait établi très clairement que la nation métisse a ses bases dans l'Ouest canadien comme l'Histoire en témoigne.

Le sénateur Cook : Qui s'occupe alors des Métis du Labrador?

M. Chartrand : Ils font partie du groupe des Inuits; ils sont issus d'un mélange de sang avec les Inuits ou avec une Première nation quelconque. À notre avis, ils sont représentés par un groupe organisé qui est en contact avec le gouvernement. Ils se qualifient de Métis en s'appuyant sur la définition même de ce terme qui signifie sang mêlé. C'est ainsi qu'ils se définissent, mais nous, Métis, formons une nation qui tire ses origines de l'Ouest canadien et qui s'y est développée.

Le président : Ils parlent l'inuktitut, n'est-ce pas?

M. Chartrand : Je crois que oui.

Le sénateur Cook : Non. Ils sont de William's Harbour. C'est un député, Todd Russell, qui est à la tête de la nation métisse.

M. Chartrand : Todd Russell, oui. Le point de vue officiel du Ralliement national des Métis est que nous formons une nation implantée dans l'Ouest canadien. Les Métis du Labrador ont des

context. The infinity flag represents two nations coming together forever. This flag was first known in 1816 in the Battle of Seven Oaks. We won that battle, but it was called a massacre because we won. If they had won they would have called it a victory. It is important that the phenomenon of our culture is now being proudly expressed everywhere and it is gaining a lot of ground.

I sincerely thank you for allowing me to be here today.

The Chairman: I have been dominating this discussion, honourable senators. We do have these two people before us tomorrow, but if you want to address anything tonight, please feel free to do so.

Senator Cook, I would be pleased if you wish to follow up on what you have just said. I had an experience some years ago that had nothing to do with me being a senator. I think it was before I was in the Senate. I was helping the people of Baffin Island and, at that time, the Northwest Territories get an electronic connectivity down into the south of Canada for telehealth, and so on. I raised the question of languages and they told me that in that area they fundamentally had some French, but it was mostly English and it is mostly Inuktitut, and that if you can do a translation from Inuktitut to English you can pretty well cope with everyone. Senator Cook, as usual, has straightened me a bit here. I had probably the wrong impression. Can you clarify that?

Mr. LeClair: I do not know much about that group, but there is a group that identifies itself as Metis and has a sense of nationalism over there.

Senator Cook: They live in the community south of Cartwright.

Mr. LeClair: It is a small and important population group, but we are kind of different.

Senator Cook: You are a nation and they are a group. They come under the umbrella of the services offered by the province. Their health and well-being and their education would come from the Province of Newfoundland and Labrador. Their means would be met in that manner.

Mr. LeClair: Yes. Theoretically, I suppose they would have a difference of opinion as to whether they are adequately met.

I want to return to your question, Mr. Chairman, to Mr. Chartrand. We are geographically dispersed, but there is a big population concentration that Dr. Bartlett talked about. About 70 some per cent of us are in five or six major cities in Western Canada and we do have a hinterland group. The important point that Mr. Chartrand was getting at is that there is a political structure in place. They are province-wide political structures that are democratically elected, and there is a service-delivery structure in place in the province. For example, in Manitoba, in employment and training, an allocation of some \$14 million or \$15 million is allocated notionally within all the

relations avec le Canada, mais dans un contexte différent. Le drapeau arborant le symbole de l'infini représente deux nations qui unissent leurs destinées à jamais. Ce drapeau a été vu pour la première fois lors de la Bataille des Sept-Chênes en 1816. Comme nous avons gagné cette bataille, on l'a qualifiée de massacre. Si nous avions perdu, nos adversaires auraient parlé d'une grande victoire. Il est important que notre culture s'exprime désormais fièrement dans toutes les sphères de la société et prenne de plus en plus de place.

Je vous remercie très sincèrement de m'avoir permis de comparaître devant vous aujourd'hui.

Le président : J'ai occupé le haut du pavé dans cette discussion, honorables sénateurs. Ces deux témoins reviendront devant nous demain, mais n'hésitez pas à éclaircir certains points dès ce soir, si vous le désirez.

Sénateur Cook, j'apprécierais que vous poursuiviez dans le sens de votre dernière intervention. J'ai vécu il y a quelques années une expérience qui n'avait rien à voir avec mes fonctions de sénateur. Je crois que c'était même avant que je ne sois nommé au Sénat. Je venais en aide aux gens de l'Île de Baffin et, à l'époque, les Territoires du Nord-Ouest ont obtenu une connexion électronique vers le sud du Canada aux fins, notamment, de la télémédecine. J'ai soulevé la question des langues pour me faire répondre qu'il y avait dans la région quelques francophones, mais qu'on parlait surtout l'anglais et l'inuktitut. Ainsi, une traduction de l'inuktitut à l'anglais pouvait permettre à tout le monde de se débrouiller. Comme à son habitude, le sénateur Cook m'a un peu ramené dans le droit chemin. J'avais probablement la mauvaise impression. Pourriez-vous nous apporter des éclaircissements?

M. LeClair : Je ne sais pas grand chose au sujet de ce groupe, mais il existe effectivement une entité qui s'identifie comme métisse et qui nourrit un certain sentiment nationaliste.

Le sénateur Cook : Il s'agit d'une communauté au sud de Cartwright.

M. LeClair : C'est un groupe important quoique restreint, mais nous sommes quelque peu différents.

Le sénateur Cook : Vous êtes une nation et ils forment un groupe. Ils dépendent des services offerts par la province. C'est le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador qui s'occupe de leur santé, de leur bien-être et de leur éducation. C'est de cette façon que l'on satisfait à leurs besoins.

M. LeClair : J'aurais toutefois tendance à croire qu'eux-mêmes vous diront que l'on n'en fait pas suffisamment pour eux.

Je veux revenir à la question que vous avez posée à M. Chartrand, monsieur le président. Notre population est dispersée sur le territoire, mais il existe tout de même d'importantes zones de concentration dont la Dre Bartlett vous a parlé. On retrouve environ 70 p. 100 de notre population dans cinq ou six grandes villes de l'Ouest canadien et nous avons également un groupe dans l'arrière-pays. M. Chartrand voulait surtout faire valoir qu'il y a une structure politique en place. Des dirigeants politiques sont démocratiquement élus et un réseau de prestation des services est en place à l'échelle provinciale. Par exemple, au Manitoba, un budget de 14 ou 15 millions de dollars

regions addressing all of the employment issues. We have recently signed with Health Canada an agreement for health scholarships and bursaries for Metis students in the health care sector. We have allocated those by province and blocked it out in the regions so that everyone shares in it.

It is not as though nothing is going on, but we are talking about the overall investment in the important indicator areas of employment and training of roughly \$50 million in total for five provinces. That sounds like a lot of money, but there are a lot of people and the conditions are as Dr. Bartlett described.

Senator St. Germain was on the right track about economic development. As I read through the report of the Committee on Aboriginal Peoples, there are in this area some common recommendations that we have seen over the last 15 years on employment development and economic development. We keep seeing the same recommendations, but we see very little follow-up on the other side. It does not matter which stripe of government is operating on the other side. We have yet to fundamentally deal with the central recommendation of the Royal Commission on Aboriginal Peoples, which is to get people working and earning incomes. Those are the things that will make a major difference.

On our side, the \$10 million we have for three years is the full amount of the scholarships we have access to. We have tried to use some of our other programs to put scholarship money here and there, but Canada and the provinces are not investing in Metis education at the post-secondary level. We are very thankful for what is there, but by no means is it meeting the needs of the population. To the extent the Millennium Scholarship Fund is providing some bursaries, it is good, but it is not getting the job done. We see the statistics that show we are not in those institutions in the numbers we should be.

The real tragedy is that we are completing high school at greater rates than First Nations, but we are not represented in those institutions in the same way. We are the best investment Canada never made, and Canada needs to make an investment in our population.

Senator Cochrane: Why are your people so different in regard to education? You are doing very well in getting your children educated, into universities and trade schools, and we are not hearing that with other groups. What are you doing that the other groups do not do with these kids?

Mr. LeClair: Dr. Bartlett might want to answer this. It is a very good question. There is more of a learning culture and a generational impact. We have been in the workforce. My father, for example, worked in the mines. We got the summer jobs

est réparti entre l'ensemble des régions pour régler les problèmes d'emploi et de formation. Nous venons tout juste de conclure un accord avec Santé Canada pour l'octroi de bourses aux étudiants métis dans le domaine de la santé. Les sommes sont prévues à cette fin pour chacune des provinces, ainsi que pour chaque région, de manière à ce que tous puissent en bénéficier.

Ce n'est pas comme si rien n'était fait; nous parlons d'un investissement global dans les secteurs très significatifs de l'emploi et de la formation au montant total de quelque 50 millions de dollars pour les cinq provinces. La somme peut paraître considérable, mais il y a beaucoup de gens à aider et la situation est telle que décrite par la Dre Bartlett.

Le sénateur St-Germain avait raison de parler de développement économique. Comme j'ai pu le constater à la lecture du rapport du Comité des peuples autochtones, il existe à ce chapitre depuis une quinzaine d'années des recommandations récurrentes en matière de création d'emplois et de développement économique. Les mêmes recommandations reviennent sans cesse sur le tapis, mais très peu d'efforts sont consentis pour y donner suite. C'est une situation que nous pouvons déplorer, peu importe le gouvernement au pouvoir. Nous n'avons pas encore vraiment fait le nécessaire quant à la recommandation principale de la Commission royale sur les peuples autochtones qui voulait que nous mettions les gens au travail pour leur permettre de s'assurer un revenu. C'est avec des initiatives en ce sens que nous pourrions vraiment faire changer les choses.

Pour notre part, les dix millions de dollars à notre disposition pour trois ans représentent le montant total des bourses d'études auxquelles nous avons accès. Nous avons essayé de puiser dans les budgets de quelques-uns de nos autres programmes pour pouvoir verser quelques bourses supplémentaires, mais le Canada et les provinces n'investissent pas dans l'éducation des Métis au niveau postsecondaire. Nous sommes très reconnaissants de l'aide qui est offerte, mais elle ne suffit aucunement à répondre aux besoins de notre population. Le Fonds des bourses d'étude du millénaire offre une aide qui est la bienvenue, mais il en faudrait bien davantage. Les statistiques montrent bien que nous ne sommes pas présents dans ces établissements dans la mesure où nous devrions l'être.

Ce qui est vraiment déplorable c'est que notre taux d'achèvement des études secondaires est meilleur que celui des Premières nations, mais que nous sommes moins représentés que celles-ci dans les établissements d'enseignement supérieur. Le Canada ne pourra jamais faire un meilleur investissement que celui qu'il consentira pour soutenir notre population.

Le sénateur Cochrane : Pourquoi les gens de votre peuple se distinguent-ils à ce point pour ce qui est de l'éducation? Vous obtenez d'excellents résultats quant à l'éducation de vos enfants, aux études universitaires et à l'apprentissage des métiers, ce qui ne semble pas être le cas des autres groupes. Que faites-vous de différent pour appuyer vos enfants?

M. LeClair : La Dre Bartlett voudra peut-être répondre à cette question. C'est d'ailleurs une très bonne question. La culture de l'apprentissage semble mieux ancrée et il y a davantage de transfert générationnel. Nous avons été actifs sur le marché du

because we were working the mines. The kids who lived on the reserve down the road did not get the summer jobs because they were not working in the mines.

Senator Cochrane: Are you talking about a push from the parents to work?

Mr. LeClair: Absolutely. At the same time, even though the work ethic is there, the economic opportunities presented by this country to so many have not worked to our advantage. The reason the indicators are bad in so many areas is that we have not had the access to capital and the diaspora of the population as a result of the failed land claims policies — not that long ago, only 100 years ago — left us renting on our own lands. Therefore, the intergenerational effect of not being able to pass on, as most people can, the fruits of their successful careers to their children and grandchildren has a cumulative effect over time, which results in the populations not doing as well as they could, even though there is an attitude.

Someone from the far right might say: They are doing better than the others and they do not have the tie to the federal government; therefore, the solution must be to ensure they do not get tied to the federal government because they are doing better. There is a problem with that, as Dr. Bartlett pointed out. Imagine this: Seventy per cent of us live in urban areas where we do not have the economic impediments that First Nations do because of their isolation, yet the conditions of the population are as bad. That is tragic. We did not come here to plead poverty. We are here to say: Let us figure it out and find out where the supports are.

The Chairman: Could it be said that you are compared to the off-reserve conditions of some of the other Aboriginals?

Mr. LeClair: As Dr. Bartlett pointed out, we are almost the majority of the off-reserve. There are two generations of First Nations or status Indians that are off reserve. The government stated that now there are some 100,000 First Nations that have been off reserve for some time from those policies of the 1960s. They have come back, but they are still off reserve because there is no housing on reserve. Now we have the hemorrhaging of that status Indian population because of the new Bill C-31 double marriage rule, and all of a sudden you are out of your status again.

We have all of those nuances in the population, but, by and large, we are the off-reserve population.

Senator Cochrane: Metis have a population of 300,000 people; is that correct?

Mr. LeClair: Roughly, yes.

travail. Mon père, par exemple, travaillait dans les mines. Ce travail nous a permis d'avoir accès à des emplois d'été. Les jeunes qui vivaient un peu plus loin, dans la réserve, ne pouvaient obtenir ces emplois d'été étant donné que leurs parents ne travaillaient pas dans les mines.

Le sénateur Cochrane : Parlez-vous d'un encouragement à travailler de la part des parents?

M. LeClair : Tout à fait. Par ailleurs, malgré cette volonté de travailler bien présente, nous n'avons pas pu bénéficier pleinement des perspectives économiques que notre pays offre à un si grand nombre de ses citoyens. Si les indicateurs sont mauvais à ce point dans de si nombreux secteurs, c'est parce que nous n'avons pas pu avoir accès au capital et que la dissémination de notre population en raison des lacunes des politiques relatives aux revendications territoriales — il n'y a pas si longtemps, cent ans à peine — nous a mis dans l'obligation de louer nos propres terres. Par conséquent, l'impossibilité de transmettre, comme le font la plupart des gens, les fruits d'une carrière réussie à ses enfants et ses petits-enfants a un effet cumulatif au fil des générations, ce qui fait que des populations ne s'en tirent pas aussi bien qu'elles le pourraient, malgré leur attitude favorable.

Un partisan de l'extrême droite pourrait faire valoir qu'ils se tirent mieux d'affaire que les autres sans avoir de lien avec le gouvernement fédéral et conclure ainsi que la solution réside dans l'absence de tels liens. Comme la Dre Bartlett l'a souligné, cette façon de voir les choses pose problème. Il suffit de constater que 70 p. 100 d'entre nous vivons en milieu urbain, ce qui nous met à l'abri des obstacles économiques que doivent surmonter les Premières nations en raison de leur isolement, mais que nos conditions de vie sont toutes aussi mauvaises. C'est une situation tragique. Nous ne sommes pas venus ici pour étaler notre pauvreté. Nous sommes là pour essayer d'y voir plus clair et de cerner les possibilités de mieux faire.

Le président : Pourrait-on dire que votre situation est comparable à celle de certains autres Autochtones vivant hors réserve?

M. LeClair : Comme la Dre Bartlett l'a indiqué, nous formons presque la majorité de la population hors réserve. Il y a deux générations de membres des Premières nations ou d'Indiens inscrits qui vivent hors réserve. Selon les indications fournies par le gouvernement, quelque 100 000 membres des Premières nations ont vécu en dehors des réserves pendant une certaine période en raison des politiques des années 1960. Ils sont revenus, mais vivent toujours hors réserve à cause de l'impossibilité d'y trouver un logement. Et voilà que la population d'Indiens inscrits vit une véritable hémorragie avec l'application de la règle mère-grand-mère du projet de loi C-31 qui fait soudainement perdre leur statut à bon nombre d'entre eux.

Il y a donc toutes ces nuances dans la composition de la population, mais on peut affirmer, d'une manière générale, que nous formons la population hors réserve.

Le sénateur Cochrane : Les Métis sont au nombre de 300 000, n'est-ce pas?

M. LeClair : Oui, approximativement.

Senator Cochrane: And roughly 23,000 live outside, in the urban areas?

Mr. LeClair: That is Winnipeg only.

Senator Cochrane: That is not Manitoba?

Mr. LeClair: No. Manitoba is a much larger population. There are 66,000 in Manitoba.

Senator Cochrane: The others come from Saskatchewan and Alberta?

Mr. LeClair: Yes. About two thirds of the population come from the Prairie provinces.

Senator Cochrane: You are speaking about these three provinces?

Mr. LeClair: Yes, and Ontario and B.C. We have had a large migration. We come from the historic northwest, primarily concentrated in northwestern Ontario. As the fur trade grew and the West developed, we moved through that area up into the Mackenzie Valley area, because that is where the fur trade expanded, and up into the Peace River District of British Columbia. Those are the historic boundaries.

Since then, we have had migration of Metis into the Lower Mainland of British Columbia. We have had migration east, but it is primarily a migration west. That population is in Northern Ontario, up through the Central Canada Corridor. In the boreal forests, there is a large hinterland population. As Mr. Chartrand mentioned, the rural population is generally not as well off as the urban. Their conditions are very much like First Nations in those northern areas but without access to adequate services.

Senator Cochrane: We have that everywhere in Canada. I have that in my home province. That is something we all have to overcome.

Let me ask you about this, then. Are there measured differences in health outcomes among the settlement population and other Metis groups?

Mr. LeClair: The Metis settlements in Alberta?

Senator Cochrane: Yes.

Mr. LeClair: We would have to come back to you with that information. My understanding is there is very little difference between the two population health groups on those settlements and in Alberta.

Senator Cochrane: I want to ask you about job development and the opportunity for jobs for the Metis people. Do you feel that because you are Metis you are discriminated against in getting work?

Le sénateur Cochrane : Et quelque 23 000 vivent à l'extérieur de la communauté, en milieu urbain?

M. LeClair : C'est le chiffre pour Winnipeg seulement.

Le sénateur Cochrane : Ce n'est pas pour l'ensemble du Manitoba?

M. LeClair : Non, au Manitoba ce nombre est beaucoup plus élevé. Il se situe à 66 000.

Le sénateur Cochrane : Les autres vivent en Saskatchewan et en Alberta?

M. LeClair : Oui. Environ les deux tiers de notre population se trouvent dans les provinces des Prairies.

Le sénateur Cochrane : Vous parlez donc de ces trois provinces?

M. LeClair : Oui, ainsi que de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Nous avons vécu des migrations importantes. Nos racines sont dans le nord-ouest, surtout dans le nord-ouest de l'Ontario. Avec l'expansion du commerce des fourrures et le développement de l'Ouest, nous nous sommes déplacés vers ces secteurs jusqu'à la vallée du Mackenzie, parce que c'est là que le commerce se faisait de plus en plus, et jusqu'au district de la rivière de la Paix en Colombie-Britannique. Ce sont là nos frontières historiques.

Depuis lors, les Métis sont allés s'installer dans les basses terres continentales de la Colombie-Britannique. Nous avons eu également des déplacements vers l'est, mais c'est du côté ouest que s'effectuent les migrations principales. Cette population se situe dans le nord de l'Ontario, jusque dans le corridor du Canada central. Dans les forêts boréales, l'arrière-pays compte une population importante. Comme M. Chartrand l'a mentionné, la population rurale se tire généralement moins bien d'affaire que les communautés en milieu urbain. La situation est assez semblable à celle des Premières nations des régions nordiques, sauf qu'on est également privé de l'accès à des services adéquats.

Le sénateur Cochrane : Nous avons cela partout au Canada, dans ma province. C'est quelque chose que nous devons tous vaincre.

Permettez-moi alors de vous poser cette question. Est-ce que les différences au niveau des résultats sur le plan de la santé entre la population des établissements et les autres groupes métis ont été mesurées?

M. LeClair : Les établissements de métis en Alberta?

Le sénateur Cochrane : Oui.

M. LeClair : Nous vous communiquerons ces renseignements plus tard. À ma connaissance, il y a très peu de différence entre les deux groupes de santé de la population dans ces établissements et en Alberta.

Le sénateur Cochrane : Je voudrais parler du développement de l'emploi et des possibilités d'emploi pour les métis. Pensez-vous être victime de discrimination pour obtenir un emploi parce que vous êtes métis?

Mr. LeClair: I think that is happening less and less now. Canada has evolved quite a bit. In my father's generation, it was not like that. In my generation, there is still a bit of it. I hope for my children that there will be less and less of it.

Remember, where we primarily come from in Western Canada, we were, along with First Nations, the only visible minorities in Western Canada up until just recently. As there are more brown faces around, there is less discrimination and more acceptance. I think generally Canada is maturing.

Senator Cochrane: Do your youth who go to urban areas and become educated, talented and everything else, come back to the rural areas and help the rest of the Metis people?

Mr. LeClair: Sometimes.

Senator Cochrane: Do they do not come back generally?

Mr. LeClair: It is like the depopulation of rural Canada, generally. There are different things going on. There is less opportunity, and it is sort of a self-reinforcing spiral.

In a lot of Metis communities, we were looking at some partnering arrangements with some large companies that are doing call centres. We asked if there was a way for us to build call centres so that we can get the technological pipe into the rural area, because they will not leave, but they will work. They will show up, but they do not want to go to the city. We have a lot of communities like that.

Senator Cochrane: I have people in my office this week from the mining industry. They are mostly from the mining industry from that area. They tell me that they hire quite a few of the locals. They did not specifically say Metis or Aboriginal or whatever. He said they hire a large number of the locals in their mining industry. You do have mining up there in those areas. Are you finding there is quite a bit of employment there, or is there very little?

Mr. LeClair: Those mining interests have done better over the past years in ensuring that local and Aboriginal populations are included in those opportunities. They have serious retention issues, where they cycle through a lot of people.

Some would argue that given the geographic location and the majority of the population being Aboriginal in those areas, even though they are 15 or 16 per cent in the Ekati Mine in Northwest Territories, and some of the uranium mines in the North are 16 or 17 per cent, it is not good enough because 100 per cent of the population is Aboriginal in those areas.

We have a shameful approach to employment equity in Canada where we find still, of those 600 major companies in Canada, the banks, telecoms, transportation agencies, we make up 1.7 per cent of the employees. In terms of the federal public service, which has done pretty well in the last few years, the number is 3.9 per cent. When you go to Saskatchewan, Manitoba

M. LeClair : Je pense que cela est de moins en moins fréquent. Les mentalités ont beaucoup évolué au Canada. Ce n'était pas le cas pour la génération de mon père. Les gens de ma génération subissent encore un peu de discrimination. J'espère qu'il y en aura de moins en moins pour mes enfants.

Rappelez-vous que nous sommes principalement originaires de l'Ouest du Canada, nous étions, avec les Premières nations, les seules minorités visibles dans l'Ouest canadien jusqu'à tout récemment. Au fur et à mesure qu'il y a plus de personnes basanées, la discrimination diminue et l'acceptation des autres augmente. Je pense que de manière générale une maturité s'instaure dans les esprits au Canada.

Le sénateur Cochrane : Est-ce que les jeunes qui vont dans les zones urbaines pour suivre des études, s'épanouir, et cetera, reviennent dans les zones rurales pour aider les autres métis?

M. LeClair : Parfois.

Le sénateur Cochrane : Ils ne retournent généralement pas?

M. LeClair : C'est comme la dépopulation des zones rurales au Canada. Plusieurs éléments entrent en jeu. Il y a moins de possibilités d'emploi et c'est une sorte de spirale autorenforçante.

Beaucoup de collectivités métisses cherchaient à établir des partenariats avec certaines grandes entreprises qui utilisent des centres d'appels. Nous voulions savoir si nous pouvions construire des centres d'appels afin d'introduire la technologie en zone rurale, parce que les gens ne partiront pas et ils sont prêts à travailler. Ils travailleront parce qu'ils ne veulent pas aller vivre dans la ville. Un grand nombre de collectivités font cela.

Le sénateur Cochrane : Cette semaine, j'ai reçu des représentants de l'industrie minière dans mon bureau. Leurs compagnies travaillent principalement dans cette région. Ils m'ont dit qu'ils recrutait beaucoup de personnes de la région. Ils n'ont pas précisé si les travailleurs étaient des Métis, des Autochtones ou autres. Quelqu'un m'a dit que sa compagnie minière recrutait beaucoup de personnes de la région. Il y a des mines dans ces régions. Selon vous, y a-t-il suffisamment d'emplois dans ce secteur ou y en a-t-il très peu?

M. Leclair : Ces compagnies minières ont fait des progrès ces dernières années pour offrir des emplois aux populations locales et autochtones. Ils ont beaucoup de problèmes de recrutement et font beaucoup d'entrevues d'emploi.

Mais, étant donné l'emplacement géographique et le fait que la majorité de la population est autochtone dans ces régions, même si le pourcentage d'Autochtones est de 15 ou de 16 p. 100 à la mine d'Ekati dans les territoires du Nord-Ouest et de 16 ou de 17 p. 100 dans certaines mines d'uranium au nord, ces pourcentages restent insuffisants parce que la population est à 100 p. 100 autochtone dans ces régions.

Au Canada, l'approche envers l'équité en matière d'emploi est honteuse et nous constatons encore que dans les 600 principales entreprises au Canada, banques, compagnies de télécommunications et organismes de transport, les Autochtones ne comptent que pour 1,7 p. 100 des employés. Dans la fonction publique fédérale, où on note de nettes améliorations ces

or Alberta, all those banks, all the employment equity required by legislation to report — go on the website and pick any company you want. The Ottawa airport made a huge stride last year — they hired one Aboriginal. Do you know how much we use that airport? Do you know how much the Department of Indian Affairs uses that airport? When you go to the Vancouver airport, you have all of those fantastic statutes. There are hundreds of them. I want to count them one day because *Harper's* magazine has this index, how many Aboriginal carvings there are in the Vancouver airport. There might be a few hundred. How many Aboriginal people are living there? There are two. Welcome to the world in 2010.

When you travel through Western Canada in all those populations, you try to find out whether there is an airline steward, a pilot, a security guard, somebody working the kiosk or scrubbing the floor, but you will not find an Aboriginal. The numbers are scandalous. It is like that in the airline industry. The banks are worse than ever. Transportation is better because we have a bit in truck transportation. The telecommunications industry is the lowest at 1.3 per cent.

Therefore, when you come to social determinants of health, you always hear the argument, especially in the federally regulated area. We regulate those areas because they have a monopoly, and they get a licence to ply their trade, so we are able to influence that, but we do not. You only hear, "The banking sector is going down, the transportation sector is going down, so we cannot bring on the Aboriginals," but the Aboriginals are the first to get shaken out of those industries. We have 600 companies every time. We have 625,000 employees in those areas, but we cannot get past 1.6 per cent of Aboriginals. I do not know why that is. WestJet has a huge growth factor and they have a handful of Aboriginal employees.

Those are the social determinants. It does not involve just putting money into a job for Aboriginals or giving them economic opportunities to set up a business. How about knocking on corporate Canada's door and asking for jobs for Aboriginal Canadians? We will not get out of where we are now without a collective commitment on the part of Canadians and Canadian companies to do better. It will not happen. They will be whining about putting this employment program together, or supporting this ma-and-pa business. It does not work that way.

Procurement is another area. There is a huge federal government purchase of goods and services. They support 1,300 companies that sell to the federal public service. They are all required under the Employment Equity Act to pay attention to employment equity, to have plans to hire Aboriginals, minorities, women and disabled. They are just a little bit better, and that is *Fortune 500 Canada*.

dernières années, le chiffre est de 3,9 p. 100. En Saskatchewan, au Manitoba ou en Alberta, toutes ces banques, toute l'équité en matière d'emploi qui doit être rapportée en vertu de la loi, vous n'avez qu'à visiter le site de Web de n'importe quelle entreprise. L'aéroport d'Ottawa a fait un énorme progrès l'année dernière en recrutant... un Autochtone. Savez-vous combien de fois nous utilisons cet aéroport? Savez-vous combien de fois le ministère des Affaires indiennes utilise cet aéroport? L'aéroport de Vancouver contient un grand nombre de très belles statues. Il y en a des centaines, je veux les compter un jour parce que le magazine *Harper's* a un catalogue; combien de sculptures autochtones sont exposées dans l'aéroport de Vancouver? Il pourrait bien avoir quelques centaines. Combien d'Autochtones travaillent à l'aéroport de Vancouver? Deux. Bienvenue au monde en 2010.

En visitant toutes ces collectivités de l'Ouest canadien, essayez de voir si un Autochtone est agent de bord, pilote, agent de la sécurité ou travaille dans un kiosque ou nettoie le plancher, vous n'en trouverez pas. Les chiffres sont scandaleux. C'est la situation dans l'industrie du transport aérien. La situation dans les banques ne peut pas être pire. La situation est meilleure dans l'industrie du transport car il y a un peu de camionnage. L'industrie des télécommunications affiche le pourcentage le plus bas : 1,3 p. 100.

Par conséquent, quand on parle des déterminants sociaux de la santé, on entend toujours dire, surtout dans les domaines réglementés par le gouvernement fédéral qu'il réglemente ces secteurs car ils ont un monopole et obtiennent un permis pour faire leur travail, donc nous pourrions avoir une influence à ce niveau, mais nous ne le faisons pas ». Tout ce que l'on entend, c'est : « Le secteur bancaire est en difficulté, le secteur des transports est en difficulté, donc nous ne pouvons pas recruter des Autochtones », mais les Autochtones sont les premiers licenciés dans ces secteurs et les 600 entreprises continuent d'exister. Ces secteurs comptent 625 000 employés, mais les Autochtones ne peuvent pas dépasser le pourcentage de 1,6 p. 100. Je ne sais pas pourquoi. WestJet enregistre un facteur de croissance énorme et n'a qu'une poignée d'employés autochtones.

Voilà les déterminants sociaux. Il ne s'agit pas d'investir dans des emplois pour les Autochtones ni de leur donner des possibilités économiques de monter une entreprise. Que diriez-vous de contacter directement les entreprises canadiennes et de leur demander d'offrir des emplois aux Canadiens autochtones? Nous ne sortirons pas de la crise actuelle sans l'engagement collectif des Canadiens et des entreprises canadiennes pour améliorer la situation. Cela n'arrivera pas. Ils se plaindront de l'élaboration de ce programme d'emploi ou de l'aide apportée à cette entreprise de familiale. Les choses ne fonctionnent pas ainsi.

L'approvisionnement est un autre secteur. Le gouvernement fédéral fait d'énormes achats de biens et de services. Il appuie 1 300 entreprises qui vendent des biens et des services à la fonction publique fédérale. La Loi sur l'équité en matière d'emploi exige de toutes ces entreprises qu'elles tiennent compte de l'équité en matière d'emploi, qu'elles planifient le recrutement d'Autochtones, de personnes appartenant à des minorités, de femmes et de personnes handicapées. Selon *Fortune 500 Canada*, elles ont fait de petits progrès.

I am sorry to be ranting on about this, but social determinants are about a social, collective enterprise to bring Aboriginal people into the Canadian economy, and it is demand side and it is supply side.

The Chairman: You have to start on the ground with educational programs and so forth so that they are qualified to get into them.

Senator P  pin: It is important to speak about students in university and about work. We know we must start with investment in children as well as the modern women.

[Translation]

What are the health determinants that are most specific to Metis women? In terms of the health of the population, what approach would be appropriate for Metis women? What are the deficiencies that we need to overcome, and how do we go about it?

[English]

Dr. Bartlett: Again, I do not think there are very good statistics out there. I find that the most difficult environment is not having the facts because it is almost impossible to think about that.

Dealing with Metis women's issues is critically important but it is as important to deal with men's issues because they must be balanced. An increasing number of programs are starting to look at why Aboriginal men are so disempowered. Therefore, the usual thing that happens, in any human population, is that when someone feels disempowered he or she takes that power out on someone else.

Senator P  pin: It is not that I wanted to discriminate. I thought of women Metis as mothers who will be looking after the children. When we talk about the children, what can we do as an investment to have better development for the health of children? What is missing?

Dr. Bartlett: Certainly, some things can be done. Generally, there has been a more pan-Aboriginal approach so you do not get Metis specificity. When you think of some of the early childhood learning programs such as Head Start, as I said in my presentation, you have individuals and families being asked to attend programs that are not culturally cogent to them. It is one more level of confusion, particularly as Metis people migrate into urban settings.

I do think we need a Metis-specific early childhood development program. In one of the programs I was involved in developing, a Head Start program, some of the families in that program had an introduction to the school for the first time ever that was a positive liaison introduction instead of the first time they hear from the school is when their son or daughter is in trouble.

Je regrette de revenir l  dessus, mais les déterminants sociaux portent sur un effort social collectif pour faire entrer les Autochtones dans l'économie canadienne et c'est une question d'offre et de demande.

Le président : Il faut commencer sur le terrain avec des programmes éducatifs, et cetera, afin qu'ils entrent dans le marché du travail avec des qualifications.

Le sénateur Pépin : Il est important de mentionner les étudiants universitaires et le travail. Nous savons que nous devons commencer par investir pour les enfants et aussi pour les femmes modernes.

[Français]

Quels sont les déterminants de la santé qui sont plus particuliers aux femmes métis? Quelle approche, en matière de santé de la population, serait pertinente aux femmes métis? Quels sont les manques à gagner et comment pourrait-on les combler?

[Traduction]

Dre Bartlett : Je le répète, je ne pense pas qu'il y ait de très bonnes statistiques. Je trouve qu'il est très difficile de ne pas connaître les faits car il est pratiquement impossible d'aborder cette question.

Il est important d'aborder les questions relatives aux femmes métisses, mais il est tout aussi important d'examiner les problèmes des hommes pour des raisons d'équilibre. De plus en plus de programmes commencent à se pencher sur la raison pour laquelle les hommes autochtones sont tellement privés de pouvoir. Donc, ce qui arrive d'habitude, dans n'importe quelle population, c'est que lorsque quelqu'un estime être tenu à l'écart du pouvoir, il ou elle s'en prend à quelqu'un d'autre.

Le sénateur Pépin : Je n'avais aucunement l'intention de faire preuve de discrimination. Je voyais les femmes métisses comme des mères qui s'occuperaient de leurs enfants. Quand nous parlons des enfants, que pouvons-nous faire pour améliorer leur santé? Que manque-t-il?

Dre Bartlett : Des mesures peuvent être bien sûr prises. De manière générale, l'approche est plus pan-autochtone afin d'éviter une spécificité métisse. Quand on pense à certains programmes d'éducation préscolaire tel que le projet Bon départ, comme je l'ai mentionné dans mon exposé, il est demandé à des particuliers et à des familles d'assister à des programmes qu'ils ne trouvent pas culturellement convaincants. C'est une confusion de plus, surtout quand des Métis s'installent dans des zones urbaines.

Je pense que nous avons besoin d'un programme de développement du jeune enfant particulier aux M  tis. Dans l'un des programmes, à l'élaboration duquel j'ai participé, un programme Bon départ, le contact avec l'  cole de certaines familles participant au programme était le premier qu'elles n'avaient jamais eu. Ce qui est positif car le premier contact aurait pu avoir lieu dans le cas o   leur enfant aurait eu des problèmes à l'  cole.

One thing about the Head Start literature was that if you do not have a maintenance plan of some kind of connection with the child between the Head Start program and school, you actually lose any kind of gains that you have made

One thing done in that particular program was to say it must be about the whole family and not just about the child. It must be about families participating. The basis is that they are the best teachers of their children.

In terms of Metis, we must begin to have Metis-cultural specificity, because it is just one more level of confusion when you are forced to live within a cultural environment that is just not yours.

Mr. LeClair: The other aspect of that is that, before the Kelowna accord, we put a very big priority on early childhood development because all the studies say it is critical for the learning environment for them to succeed. We looked at the federal program for early childhood development. It funds a number of sites. When we go to the data and check out the number and the age cohorts, there are 16,000 Metis children 3 to 5 years old, and our coverage in that program was about 500 kids.

When the Liberal government introduced it, I remember Senator Fairbairn and a senator from Nova Scotia, Senator MacEachen, first pushed the off-reserve ECD program. It was supposed to be an urban program. Now it is all over the country and it is diffused. If you ask them to tell you where there is one Metis early childhood development site, they cannot name one.

We had this myopic view that we were dealing with the problem when we did not really deal with it because the coverage was too low, and then we pan-Canadianized it on the Aboriginal side and set up a committee to look after it. That is a recipe of how not to do things. That is why Minister Chartrand comes here and tells you we have to be specific. Those are just program realities that occur.

The bad part is that somebody thinks they are dealing with the problem or the challenges of these young kids, where in fact the coverage is 5 per cent. It is ridiculous.

Senator Cook: What is the primary language of your people today? Do they have their own language, or is it a combination of languages? What language do the majority of Metis people speak?

Dr. Bartlett: I think the majority speak English now. If you look at some of the literature on languages, they are combinations of French language and an indigenous language in the form of what is called Michif. There has been a resurgence of that, but still only a small number speak that. Even in Manitoba, the number of people who speak French in their homes on a regular basis is decreasing. There has been significant language loss. That is continuing, and I expect it will continue unless there is a real focus on that.

La documentation de Bon départ veut que si vous ne maintenez pas un certain rapport avec l'enfant entre le programme Bon départ et l'école, vous perdrez tous les avantages que vous aurez obtenus.

En fait, ce programme est à l'intention de toute la famille et pas seulement de l'enfant. Les familles doivent participer. Le critère de base étant que les parents sont les meilleurs enseignants pour leurs enfants.

En ce qui concerne les Métis, il faut commencer par avoir une spécificité culturelle métisse, parce qu'être obligé de vivre dans un environnement culturel qui n'est pas le sien ne fait qu'ajouter à la confusion.

M. LeClair : Un autre aspect de cette question est que, avant l'accord de Kelowna, nous avions accordé une très grande priorité au développement du jeune enfant car toutes les études révélaient l'importance des milieux d'apprentissage dans la réussite de l'enfant. Nous avons cherché le programme fédéral du développement du jeune enfant. Le gouvernement finance un certain nombre de sites. D'après les données, le nombre et les cohortes d'âge, il y a 16 000 enfants métis âgés de trois à cinq ans, or, nous avions environ 500 enfants dans ce programme.

Quand le gouvernement libéral l'a présenté, je me souviens que le sénateur Fairbairn et un sénateur de la Nouvelle-Écosse, le sénateur MacEachen, ont été les premiers à présenter le programme de développement du jeune enfant à l'extérieur des réserves. Il était supposé être mis en œuvre dans les zones urbaines. Aujourd'hui, on le trouve partout au pays. Si vous leur demandez de vous nommer un seul site de développement du jeune enfant métis, ils en seront incapables.

Nous commettons l'erreur de croire que nous abordions le problème alors que nous ne le faisons pas car il n'y avait pas suffisamment d'enfants et parce que nous en avions fait un programme national en ce qui concerne les Autochtones et avions chargé un comité de le suivre. C'est exactement ce qu'il ne faut pas faire. C'est la raison pour laquelle le ministre Chartrand est venu ici et vous a dit qu'il fallait être précis. Ce ne sont que des réalités liées au programme.

L'aspect négatif est que quelqu'un pense qu'ils sont en train de régler le problème de ces jeunes enfants alors qu'en fait il ne s'agit que de 5 p. 100 des enfants. C'est ridicule.

Le sénateur Cook : Quelle est la première langue parlée par votre population aujourd'hui? A-t-elle sa propre langue ou est-ce un mélange de langues? Quelle est la langue parlée par la majorité des Métis?

Dre Bartlett : Je crois que la majorité parle anglais aujourd'hui. Les études sur les langues indiquent un mélange de français et de langue indigène appelée michif qui connaît une renaissance, mais cette langue n'est parlée que par un petit nombre de personnes. Même au Manitoba, le nombre de personnes qui parlent français à la maison diminue régulièrement. Il y a une perte considérable de la langue. Ce problème continue et je pense qu'il continuera si on n'essaie pas vraiment de le résoudre.

When you think about the Michif language, there could be Michif language based in Cree, Ojibwa, English or French. Therefore, you have to say it is much localized. In some areas, they speak a Michif language that is very Ojibwa-based. In urban areas, they will be speaking the English language for the most part.

Senator Cook: My questions are unrelated, but they are the ones that come to me at the end of a long day.

The federal government has still not assumed constitutional responsibility for your people. Your health services primarily fall under the umbrella of provincial governments. Am I correct in understanding that?

Mr. LeClair: Yes. This is why we have taken the higher ground. This is a shared responsibility, and we cannot duck issues.

Senator Cook: Help me to understand so we know how to go forward to provide you with what we are trying to do. We must link it to the reality of governance.

Mr. LeClair: The constitutional government institutions have taken the approach that Metis are not a federal responsibility legally, but they will assist because Metis may not have special rights but have special problems. It is on that basis that they proceed.

On the other hand, it is the classic being caught between two stools. The province feels the Metis are a federal responsibility but does some things for them. We spent decades at the constitutional table in the 1980s with Prime Minister Mulroney and Prime Minister Martin. We came to the point at the end the argument where everybody is responsible. Let us just not kick back and forth and fall between two stools. Face the fact that there is one taxpayer, including us, and there are some emerging issues that, if not dealt with, will drive up utilization rates and put more pressure on a health care system that is already not sustainable in its present form.

We need to find the solutions to the health care system. Our solution, which we urge on this committee, is to say this is a shared responsibility. We need to build the capacity together to deal with Metis population health issues. They are not just health issues; they are, by and large, economic issues. We ought to work together to find a solution in which we can ensure that income levels go up and jobs increase and labour market participation gets better.

Senator Cook: If I understand, you have something to bring to the table. You have your spirituality and the way you approach life for the health of your people. I see that as a positive.

La langue michif peut utiliser des mots d'origine cri, ojibwa, anglaise et française. Par conséquent, c'est une langue spécifique à des régions. Dans certaines régions, le michif a de fortes racines ojibwa. Dans les zones urbaines, les Métis parlent surtout l'anglais.

Le sénateur Cook : Mes questions n'ont aucun lien, mais ce sont celles qui me viennent à l'esprit à la fin d'une longue journée.

Le gouvernement fédéral n'a pas encore assumé la responsabilité constitutionnelle qu'il a envers votre peuple. Vos services de santé sont principalement de la responsabilité des gouvernements provinciaux. Est-ce exact?

M. LeClair : Oui. C'est la raison pour laquelle nous visons l'excellence. Il s'agit d'une responsabilité partagée et nous ne pouvons pas éviter les problèmes.

Le sénateur Cook : Aidez-moi à comprendre afin que nous sachions comment procéder pour vous fournir ce que nous essayons de vous offrir. Nous devons faire le lien avec la réalité de la gouvernance.

M. LeClair : Les institutions constitutionnelles du gouvernement pensent que les Métis ne sont pas juridiquement la responsabilité du gouvernement fédéral, mais elles nous aident parce que les Métis peuvent ne pas avoir des droits particuliers, mais ils ont des problèmes particuliers. C'est sur ce raisonnement qu'ils fonctionnent.

D'un autre côté, on se retrouve le bec dans l'eau: La province pense que les Métis sont de la responsabilité du gouvernement fédéral, mais elle fait certaines choses pour eux. Nous avons passé des décennies à la table des négociations constitutionnelles dans les années 1980 avec le premier ministre Mulroney et le premier ministre Martin. À la fin des discussions, nous avons conclu que tout le monde est responsable. Arrêtons de discuter sans fin pour se retrouver le bec dans l'eau. Il faut admettre qu'il y ait un contribuable, y compris nous, et qu'il y a quelques questions d'actualité qui, si elles ne sont pas réglées, augmenteront les taux d'utilisation et la pression exercée sur un système des soins de santé qui n'est déjà plus viable dans son format présent.

Nous devons trouver des solutions pour le système de soins de santé. Notre solution, celle que nous exhortons le comité d'accepter, est que la responsabilité est partagée. Nous devons renforcer les capacités ensemble pour régler les questions liées à la santé de la population métisse. Ces questions ne sont pas simplement liées à la santé; ce sont, en grande partie, des questions économiques. Nous devons oeuvrer ensemble pour trouver une solution qui assurera l'augmentation des niveaux de revenus et des offres d'emploi ainsi que l'amélioration de la participation du marché du travail.

Le sénateur Cook : Si je comprends bien, vous avez une proposition. Vous avez votre spiritualité et la façon dont vous vous approchez la vie pour la santé de votre peuple. Pour moi, c'est un atout.

Dr. Bartlett: I think it is. My own study is looking at the meaning of health and well-being for Metis women, and certainly spirituality was an area people looked at. They practise a whole spectrum of spiritual symbolic approaches, right from a traditional ceremony to the church, and do not see a lot of problem in practising that spectrum.

I do think there is a lot of strength there in terms of people's emotional ability to cope. What came up as most difficult was the area of the physical. Of course, that was because the population is suffering from so many physical diseases. Much health promotion has been focused on the physical body as opposed to drawing on the strengths there. Why are people actually surviving and even thriving in some cases? We need to get more at the details of those kinds of things.

Also, in terms of what we bring as a Metis society, we have always been sort of the intermediaries between the indigenous cultures and the European cultures. I always say to people that I am not indigenous in that way. I am not a member of a First Nation, but I am not European, either. I am a Metis, and I am neither, but I am both. That allows, then, a level of creativity to draw on the best of both worlds and come up with solutions that might be quite different.

We need to do a lot more research on this, as I said in my presentation. There has been a fair amount of looking at historical perspectives, but where are we today? What is the lived experience of Metis lives today? We need not to get too caught up in what the historical past was, because people do live in contemporary societies. That is important.

I think it is also important that, as our children and youth develop, they see that we are a valued part of Canadian society. Every individual wants to be valued. It is not to say that we need services, but we have a lot to offer the health systems. In Manitoba, for sure, we are saying that medicine is medicine. You can deliver medicine; you can have cultural competency within the clinical delivery system. However, where we need to focus is on health promotion, on saying, "Specifically, let us articulate what we mean by Metis." As I said, we are diffusely populated. Metis is very localized content. We need to work all the way through, from looking at how we help people to think about their lives, all the way through from individuals to local levels, and then be able to liaise with the systems to be able to say this is what you need to do. That is one of the major barriers. There has not been the infrastructure to do that.

There have not been community wellness development workers. Those are the types of people that I would say that we need. We need to be able to actually do that. That includes that whole community plan and not just simply focusing on the medical illnesses. They are the consequence, but they are not the root problem.

Senator Cochrane: Do you know Senator Chalifoux? She was a Metis senator here. She retired about five years ago, I think.

Dre Bartlett : Je pense que c'en est un. Mon étude vise à comprendre le sens de la santé et du bien-être des femmes métisses et les gens considèrent certainement l'aspect de la spiritualité. Ils adoptent tout un éventail d'approches symboliques et spirituelles, de la cérémonie traditionnelle à l'église, et cela ne leur pose pas beaucoup de problème.

Je pense que les gens ont une capacité émotionnelle très forte pour affronter les difficultés. L'aspect physique est l'élément qui s'est révélé être le plus difficile. Bien sûr, cela est dû au fait que la population souffre de tellement de maladies physiques. La promotion de la santé visait essentiellement le corps physique au lieu de puiser ses forces. Pourquoi des gens arrivent à survivre et même à être florissants de santé dans certains cas? Nous devons examiner de manière plus approfondie les détails de ce genre de cas.

Qu'apportons-nous à la société métisse? Nous avons toujours été une sorte d'intermédiaires entre les cultures indigènes et les cultures européennes. Je dis toujours aux gens qu'à ce titre je ne suis pas indigène. Je ne suis pas membre d'une Première nation, mais je ne suis pas non plus européenne. Je suis métisse, je ne fais partie ni d'une culture ni de l'autre, je fais partie des deux à la fois. Cela me donne un niveau de créativité qui me permet de prendre ce qu'il y a de mieux dans les deux cultures et trouver des solutions qui pourraient être très différentes.

Nous devons faire beaucoup plus de recherche à ce niveau, comme je l'ai dit dans mon exposé. Beaucoup de recherches ont été faites sur l'histoire, mais où sommes-nous à présent? Quelle est l'expérience de vie des Métis aujourd'hui? Ne nous laissons pas entraîner par la recherche du passé historique, car les gens vivent dans des sociétés contemporaines. Cela est important.

Je crois qu'il est aussi important que nos enfants et nos jeunes, en se développant, reconnaissent qu'ils sont un élément précieux de la société canadienne. Tout le monde veut être précieux. Cela ne veut pas dire que nous avons besoin de services, mais nous avons beaucoup à offrir aux systèmes de santé. Au Manitoba, c'est sûr, nous disons que la médecine est la médecine. Vous pouvez fournir des soins médicaux; vous avez les moyens de le faire dans un système de soins de santé. Cependant, il faut mettre l'accent sur la promotion de la santé et dire : « Expliquons ce que l'on entend par Métis ». Comme je l'ai dit, notre population est parsemée. Être Métis à une connotation très locale. Nous devons aller jusqu'au bout, trouver la façon d'aider les gens à réfléchir à leur vie, des particuliers aux autorités locales, puis assurer la liaison avec les systèmes et pouvoir dire voilà ce que vous devez faire. C'est l'un des obstacles principaux car il n'y a pas d'infrastructure pour le faire.

Il n'y a pas eu de travailleurs de développement du mieux-être communautaire. Et c'est le genre de personnes dont nous avons besoin, à mon avis. Nous devons être en mesure de faire cela. Cela inclut le plan d'ensemble de la collectivité et pas simplement s'intéresser principalement aux maladies médicales qui sont la conséquence, mais pas l'origine du problème.

Le sénateur Cochrane : Connaissez-vous le sénateur Chalifoux? Elle était un sénateur métis ici. Elle a pris sa retraite il y a environ cinq ans, me semble-t-il.

Mr. LeClair: Yes. I have worked extensively with her. I also knew Senator Marchand. I used to work in this building with Senator Marchand, and I worked on another project with Senator Pépin, on the Electoral Reform Commission. It was good to see her. As we drove up here, I knew all the parking spots where you would not get a ticket down the street here. It is very good of you to have us here, senator.

The Chairman: In that case, you will have no trouble finding dinner. We will continue this conversation tomorrow.

The committee adjourned.

M. LeClair : Oui. J'ai beaucoup travaillé avec elle. J'ai aussi connu le sénateur Marchand. J'ai travaillé dans cet édifice avec le sénateur Marchand et j'ai travaillé avec le sénateur Pépin sur un autre projet, la Commission de la réforme électorale. C'était un plaisir de la voir. En conduisant pour venir ici, je connaissais toutes les places de stationnement dans la rue où on n'aurait pas de contraventions. Je vous remercie beaucoup de nous avoir invités, monsieur le sénateur.

Le président : Dans ce cas, vous n'aurez pas de problème à trouver un restaurant pour souper. Nous poursuivrons cette conversation demain.

La séance est levée.

Thursday, May 31, 2007

Métis National Council:

David Chartrand, Minister of Health;

Marc LeClair, National Advisor to the Minister of Health.

Manitoba Métis Foundation:

Dr. Judith Bartlett, Director of Health and Wellness Department
and Associate Professor, Department of Community Health
Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba.

Le jeudi 31 mai 2007

Ralliement national des Métis :

David Chartrand, ministre de la Santé;

Marc LeClair, conseiller national du ministre de la Santé.

Manitoba Métis Foundation :

Dre Judith G. Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé
et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences
de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du
Manitoba.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, May 16, 2007

Public Health Agency of Canada — Division of Aging and Seniors:

Margaret Gillis, Director.

Canadian Association on Gerontology:

Mark Rosenberg, Professor, Queen's University.

Nova Scotia Department of Health:

Valerie J. White, Executive Director, Seniors Secretariat.

Observatory on Ageing and Society (OAS):

Dr. André Davignon, Founder.

Wednesday, May 30, 2007

Council of Early Child Development:

Stuart Shankar, Professor, President.

The Child Project:

Hillel Goelman, Director, and Associate Director, Human Early Learning Partnership (HELP), Council for Early Child Development.

Canadian Institutes of Health Research:

Dr. Michael Kramer, Scientific Director, Institute of Human Development, Child and Youth Health.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 16 mai 2007

Agence de santé publique du Canada — Division du vieillissement des aînés :

Margaret Gillis, directrice.

Association canadienne de gérontologie :

Mark Rosenberg, professeur, Université Queen's.

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse :

Valérie J. White, directrice exécutive, Secrétariat des aînés.

Observatoire Vieillessement et Société (OVS) :

Dr André Davignon, fondateur.

Le mercredi 30 mai 2007

Council of Early Child Development :

Stuart Shankar, professeur, président.

The Child Project :

Hillel Goelman, directeur, et directeur adjoint, Human Early Learning Partnership (HELP), Council for Early Child Development.

Instituts de recherche en santé du Canada :

Dr Michael Kramer, directeur scientifique, Institut développement et de la santé des enfants et des adolescents.

(Suite à la page précédente)





First Session
Thirty-ninth Parliament, 2006-07

Première session de la
trente-neuvième législature, 2006-2007

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs,
Science and Technology*

*Comité sénatorial permanent des Affaires sociales,
des sciences et de la technologie*

Proceedings of the Subcommittee on

Délibérations du Sous-comité sur la

Population Health

Santé des populations

Chair:

The Honourable WILBERT J. KEON

Président :

L'honorable WILBERT J. KEON

Friday, June 1, 2007

Wednesday, June 20, 2007 (in camera)

Le vendredi 1^{er} juin 2007

Le mercredi 20 juin 2007 (à huis clos)

Issue No. 5

Fascicule n°5

Tenth and eleventh meetings on:

The impact of the multiple factors and conditions that
contribute to the health of Canada's populations —
known collectively as the social determinants of health

Dixième et onzième réunions concernant :

Les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé
de la population canadienne, appelés collectivement les
déterminants sociaux de la santé

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS :

(Voir à l'endos)

THE SUBCOMMITTEE ON POPULATION HEALTH

The Honourable Wilbert J. Keon, *Chair*

The Honourable Lucie Pépin, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

LE SOUS-COMITÉ SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Président : L'honorable Wilbert J. Keon

Vice-président : L'honorable Lucie Pépin

et

Les honorables sénateurs :

Callbeck
Cochrane

Cook
Fairbairn, P.C.

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Friday, June 1, 2007
(11)

[English]

The Senate Subcommittee on Population Health met at 9 a.m. this day, in room 257, East Block, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook and Keon (3).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Odette Madore, Research Analyst, Economics Division, Matthew Marshall, Research Assistant, Political and Social Affairs Division and Clara Morgan, Research Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 28, 2006, the subcommittee continued its study on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health. (*See Issue No. 1, Thursday, February 22, 2007, for the complete text of the Order of Reference*).

WITNESSES:

University of Alberta:

Dr. Malcom King, Professor, Department of Medicine.

Assembly of First Nations:

Valerie Gideon, Director of Health and Social Development;

Cynthia Stirbys, Research and Policy Analyst.

Métis National Council:

Barbara Van Haute, Acting Director of Health.

Inuit Tapiriit Kanatami:

Anna Fowler, Project Coordinator, Department of Health.

National Association of Friendship Centres:

Alfred J. Gay, Policy Analyst.

Native Women's Association of Canada:

Claudette Dumont-Smith, Senior Health Advisor.

Pauktuutit Inuit Women of Canada:

Jennifer Dickson, Executive Director.

Congress of Aboriginal Peoples:

Erin Wolski, Health Policy Programs.

Aboriginal Nurses Association of Canada:

Julie Lys, Director, NWT Region.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le vendredi 1^{er} juin 2007
(11)

[Traduction]

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook et Keon (3).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Odette Madore, analyste de la recherche, Division de l'économie, Matthew Marshall, attaché de recherche, Division des affaires politiques et sociales et Clara Morgan, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 28 novembre 2006, le sous-comité poursuit son examen des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du jeudi 22 février 2007.*)

TÉMOINS :

Université de l'Alberta :

Dr Malcom King, professeur, Faculté de médecine.

Assemblée des Premières nations :

Valerie Gideon, directrice de la Santé et du Développement social;

Cynthia Stirbys, chercheuse et analyste des politiques.

Ralliement national des Métis :

Barbara Van Haute, directrice intérimaire de la Santé.

Inuit Tapiriit Kanatami :

Anna Fowler, coordonnatrice de projets, ministère de la Santé.

Association nationale des centres d'amitié :

Alfred J. Gay, analyste des politiques.

Association des femmes autochtones du Canada :

Claudette Dumont-Smith, conseillère principale en santé.

Pauktuutit Inuit Women of Canada :

Jennifer Dickson, directrice générale.

Congrès des Peuples autochtones :

Erin Wolski, coordonnatrice des programmes de politique sanitaire.

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada :

Julie Lys, directrice, Région des Territoires du Nord-Ouest.

Toronto University:

Dr. Chandrakant P. Shah, Professor Emeritus.

Manitoba Métis Foundation:

Dr. Judith Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba.

Indigenous People's Health Research Centre:

Willie Ermine, Professor, Writer-Ethicist.

BC Ministry of Health:

Dr. Evan Adams, Aboriginal Health Physician Advisor, Office of the Provincial Health Officer.

Institute of Aboriginal Peoples' Health:

Laura Commanda, Assistant Director, Partnerships, Knowledge Translation and International Relations.

The Chair made a statement.

Dr. King, Ms. Gideon, Ms. Van Haute, Ms. Fowler, Ms. Dumont-Smith, Ms. Wolski, Ms. Dickson and Mr. Gay made statements and with Ms. Stirbys, Ms. Lys, Professor Shah, Dr. Bartlett, Professor Ermine, Dr. Adams and Ms. Commanda responded to questions.

At 10:42 a.m. the committee suspended.

At 10:58 a.m. the committee resumed.

The witnesses answered questions.

At 12:15 p.m. the committee suspended.

At 1:00 p.m. the committee resumed.

The witnesses answered questions.

At 2:05 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du sous-comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee

OTTAWA, Wednesday, June 20, 2007
(12)

[English]

The Senate Subcommittee on Population Health met in camera at 5:05 p.m. this day, in room 705 Victoria Building, the Chair, the Honourable Wilbert J. Keon presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Fairbairn, P.C., Keon and Pêpin (4).

Université de Toronto :

Dr Chandrakant P. Shah, professeur émérite.

Manitoba Métis Federation :

Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba.

Indigenous People's Health Research Centre :

Willie Ermine, professeur, auteur-éthicien.

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique :

Dr Evan Adams, médecin-conseil en santé autochtone, Bureau du médecin-hygiéniste en chef.

Institut de la santé des Autochtones :

Laura Commanda, directrice adjointe, Partenariats, applications des connaissances et des relations internationales.

Le président fait une déclaration.

Le Dr King, Mmes Gideon, Van Haute, Fowler, Dumont-Smith, Wolski, Dickson et M. Gay font chacun une déclaration puis répondent aux questions, aidés de Mmes Stirbys et Lys, du professeur Shah, de la Dre Bartlett, du professeur Ermine, du Dr Adams et de Mme Commanda.

À 10 h 42, la séance est suspendue.

À 10 h 58, la séance reprend.

Les témoins répondent aux questions.

À 12 h 15, la séance est suspendue.

À 13 heures, la séance reprend.

Les témoins répondent aux questions.

À 14 h 5, il est convenu que le sous-comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 20 juin 2007
(12)

[Traduction]

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations se réunit aujourd'hui à huis clos, à 17 h 5, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Fairbairn, C.P., Keon et Pêpin (4).

Other senators present: The Honourable senators Eggleton, P.C., Munson and Trenholme Counsell (3).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Odette Madore, Research Analyst, Economics Division and Michael Toye, Research Analyst, Political and Social Affairs Division.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 28, 2006, the subcommittee continued its study on the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health. (*See Issue No. 1, Thursday, February 22, 2007, for the complete text of the Order of Reference*).

Pursuant to rule 92(2)(e) the committee considered a draft agenda.

At 5:15 p.m., it was agreed that the subcommittee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière suppléante du sous-comité,

Vanessa Moss-Norbury

Acting Clerk of the Subcommittee

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Eggleton, C.P., Munson et Trenholme Counsell (3).

Aussi présents : De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement : Odette Madore, analyste de la recherche, Division de l'économie et Michael Toye, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 28 novembre 2006, le sous-comité poursuit son examen des divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 du jeudi 22 février 2007.*)

Conformément à l'alinéa 92(2)e), le comité examine une ébauche d'ordre du jour.

À 17 h 15, il est convenu que la séance soit levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

EVIDENCE

OTTAWA, Friday, June 1, 2007

The Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine and report upon the impact of the multiple factors and conditions that contribute to the health of Canada's population — known collectively as the social determinants of health.

Senator Wilbert J. Keon (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: I would begin by thanking you all very much for coming here and participating in this round table discussion. Our objective, when we undertook the population health study, was to get an overall improvement in the health status of Canadian people. As you know, the World Health Organization rates us thirteenth in the world at this time in health status, and I feel we should be first. In a huge country such as this with a small population and everything going for us, we should be first. The only way we will get there is by looking at the health status of everyone in the country, analyzing the health status of those groups in the country that are not enjoying as good a health status as some other groups, and then coming in at the ground level and putting tools in the hands of the people in their own communities to improve their health status.

As you know, we can only improve health status by fixing a dozen or so variables and those variables include adequate income, jobs, housing — the whole nine yards that you have heard over and over. This, we believe, can only be accomplished at the community level with assistance from government to put the instruments in the hands of people in the community to solve their own problems.

With that in mind, it is important that we hear from all of you. Even though it will take a few minutes, I want to start at my left and go around the table and have each one of you take a minute to tell the other people around the table about yourself, because some of you may not be known to others.

Dr. Malcolm King, Professor, Department of Medicine, University of Alberta: I am Malcolm King from the University of Alberta. I am a member of the Mississaugas of the New Credit First Nation and a professor who specializes in pulmonary research at the university.

Senator Cook: I am Senator Joan Cook, and I represent the Island of Newfoundland and the piece called Labrador.

Barbara Van Haute, Acting Director of Health, Métis National Council: I am Barbara Van Haute, and I am currently the acting director of Health for the Métis National Council. I am originally a Manitoba Metis, and it is a pleasure to be here.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le vendredi 1^{er} juin 2007

Le Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour étudier, en vue d'en faire rapport, les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne, appelés collectivement les déterminants sociaux de la santé.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Je tiens d'abord à vous remercier tous beaucoup d'être venus participer à cette table ronde. Notre objectif, au moment d'entreprendre notre étude sur la santé des populations, consistait à améliorer de manière générale l'état de santé des Canadiens. Comme vous le savez, l'Organisation mondiale de la santé nous classe au 13^e rang mondial pour l'état de santé, et je crois que nous devrions nous situer au premier rang. Comme nous sommes un si grand pays avec une faible population et toute notre richesse, nous devrions être les premiers. La seule façon pour nous d'y arriver, c'est d'étudier l'état de santé de chacun au pays, d'analyser la situation des groupes dont la santé ne semble pas aussi bonne, puis d'aller sur le terrain et de mettre les outils voulus entre les mains des gens, dans leur propre collectivité, afin qu'ils puissent améliorer leur état de santé.

Comme vous le savez, notre seul recours pour améliorer l'état de santé des gens consiste à agir sur une douzaine de variables, dont le revenu, l'emploi, le logement — tout le tralala que vous avez déjà entendu à maintes reprises. À nos yeux, la seule façon d'y parvenir, à l'échelle de la collectivité et avec le concours de l'administration gouvernementale, consiste à mettre les instruments voulus entre les mains des gens localement pour qu'ils puissent régler leurs propres problèmes.

Cela dit, il importe pour nous d'entendre ce que chacun d'entre vous a à dire. Même s'il faudra quelques minutes pour le faire, je vais présenter les gens en commençant à ma gauche et en faisant un tour de table. Je demanderais à chacun d'entre vous de prendre une minute pour dire aux autres qui vous êtes : certains d'entre vous êtes peut-être inconnus des autres.

Dr Malcolm King, professeur, Faculté de médecine, Université de l'Alberta : Je m'appelle Malcolm King et je viens de l'Université de l'Alberta. Je suis membre des Mississaugas de la Première nation New Credit et professeur spécialisé en recherche pulmonaire à l'université.

Le sénateur Cook : Je suis Joan Cook et je représente au Sénat l'île de Terre-Neuve et le segment de terre qui s'appelle Labrador.

Barbara Van Haute, directrice intérimaire de la Santé, Ralliement national des Métis : Je m'appelle Barbara Van Haute et je suis actuellement directrice intérimaire de la Santé du Ralliement national des Métis. Je suis originaire du Manitoba. C'est un plaisir pour moi d'être ici.

Anna Fowler, Project Coordinator, Department of Health, Inuit Tapiriit Kanatami: I am Anna Fowler, an Inuk from Iqaluit, Nunavut. I am a project coordinator in the Health Department at Inuit Tapiriit Kanatami.

Valerie Gideon, Director of Health and Social Development, Assembly of First Nations: I am Valerie Gideon, the senior director of Health and Social Development at the Assembly of First Nations. I am Mi'kmaq from Gesgapegiag First Nation in the Quebec region.

Dr. Evan Adams, Aboriginal Health Physician Advisor, Office of the Provincial Health Officer, B.C. Ministry of Health: I am Evan Adams, and I am a family doctor with the Ministry of Health, the Office of the Provincial Health Officer. I am from the Sliammon First Nation, Coast Salish.

Dr. Chandrakant P. Shah, Professor Emeritus, University of Toronto: I am Chandrakant Shah. I am a professor emeritus at the University of Toronto in the Department of Public Health Sciences. I also work as a staff physician at Anishnawbe Health Toronto, which is an urban health centre.

Dr. Judy Bartlett, Director of Health and Wellness Department, Manitoba Métis Federation and Associate Professor, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba: I am Judy Bartlett, a family physician and an associate professor at the University of Manitoba in Community Health Sciences. I am the director of the Health and Wellness Department at the Manitoba Métis Federation, where I am building a policy research unit. I do clinical work at the Aboriginal Health and Wellness Centre in Winnipeg one day a week, and I am Métis.

Julie Lys, Director, NWT Region, Aboriginal Nurses Association of Canada: I am Julie Lys, a Métis nurse from Fort Smith, Northwest Territories. I am a nurse practitioner there, and today I represent the Aboriginal Nurses Association of Canada.

Erin Wolski, Health Policy Program Coordinator, Congress of Aboriginal Peoples: I am Erin Wolski. I am from the Cree Nation, Treaty No. 9 in Ontario. I am here on behalf of the Congress of Aboriginal Peoples. I am the health policy program coordinator there.

Alfred J. Gay, Policy Analyst, National Association of Friendship Centres: I am Alfred Gay, and I am the policy analyst for the National Association of Friendship Centres. I am also a citizen of the Gull Bay First Nation, which is located 200 miles into the swamp from Thunder Bay, Ontario.

Jennifer Dickson, Executive Director, Pauktuutit Inuit Women of Canada: I am Jennifer Dickson. I am the executive director of Pauktuutit Inuit Women of Canada, which represents all Inuit women across the North.

Anna Fowler, coordonnatrice de projets, ministère de la Santé, Inuit Tapiriit Kanatami: Je m'appelle Anna Fowler, je suis une Inuk, originaire d'Iqaluit, au Nunavut. Je suis coordonnatrice de projets au ministère de la Santé d'Inuit Tapiriit Kanatami.

Valerie Gideon, directrice de la Santé et du Développement social, Assemblée des Premières nations: Je m'appelle Valerie Gideon, je suis directrice de la Santé et du Développement social à l'Assemblée des Premières nations. Je suis une Micmac, originaire de la Première nation de Gesgapegiag, dans la région de Québec.

Dr Evan Adams, médecin-conseil en santé autochtone, Bureau du médecin-hygiéniste en chef, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique: Je m'appelle Evan Adams et je suis médecin de famille rattaché au ministère de la Santé, au Bureau du médecin-hygiéniste en chef. Je suis membre de la Première nation de Sliammon (Salish de la côte).

Dr Chandrakant P. Shah, professeur émérite, Université de Toronto: Je suis Chandrakant Shah. Je suis professeur émérite à l'Université de Toronto, au Department of Public Health Sciences. De même, je fais partie de l'équipe de médecins d'Anishnawbe Health Toronto, centre de santé urbain.

Dre Judy Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba: Je m'appelle Judy Bartlett, je suis médecin de famille et professeure agrégée en sciences de la santé communautaire à l'Université du Manitoba. Je suis directrice du service de santé et de bien-être de la Manitoba Métis Federation, où je suis en train de mettre sur pied un service de recherche sur les orientations gouvernementales. J'occupe un jour par semaine au Centre autochtone de la santé et du bien-être à Winnipeg, et je suis une Métisse.

Julie Lys, directrice, Région des Territoires du Nord-Ouest, Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada: Je m'appelle Julie Lys, je suis infirmière et métisse, originaire de Fort Smith, dans les Territoires du Nord-Ouest. Je pratique les soins infirmiers dans cette région-là. Aujourd'hui, je représente l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada.

Erin Wolski, coordonnatrice des programmes de politique sanitaire, Congrès des Peuples Autochtones: Je m'appelle Erin Wolski. Je suis membre de la nation crie, signataire du traité n° 9, en Ontario. Je suis ici au nom du Congrès des Peuples Autochtones. J'y suis coordonnatrice des programmes de politique sanitaire.

Alfred J. Gay, analyste des politiques, Association nationale des centres d'amitié: Je m'appelle Alfred Gay et je suis analyste des politiques à l'Association nationale des centres d'amitié. Je suis aussi citoyen membre de la Première nation de Gull Bay, qui se trouve en terrain marécageux à 200 milles de Thunder Bay, en Ontario.

Jennifer Dickson, directrice générale, Pauktuutit Inuit Women of Canada: Je m'appelle Jennifer Dickson. Je suis directrice générale de Pauktuutit Inuit Women of Canada, qui représente toutes les femmes inuites du Nord.

Willie Ermine, Professor, Writer-Ethicist, Indigenous Peoples' Health Research Centre: I am Willie Ermine, and I am a researcher with the Indigenous Peoples' Health Research Centre. I am a Cree from Saskatchewan.

Claudette Dumont-Smith, Senior Health Advisor, Native Women's Association of Canada: I am Claudette Dumont-Smith. I am an Algonquin from Kitigan Zibi. I am a nurse by profession and the senior health advisor of the Native Women's Association of Canada.

Senator Cochrane: I am Senator Ethel Cochrane, and I am from the province of Newfoundland and Labrador.

Audette Madore, Library of Parliament: I am Audette Madore. I am the analyst with the subcommittee.

Barbara Reynolds, Committee Clerk: I am Barbara Reynolds. I am the committee clerk.

The Chairman: We will begin this morning with Dr. Malcolm King, professor in the Department of Medicine, University of Alberta.

Dr. King: Thank you for the privilege of making these opening remarks. It is a great honour. As I said, I am an Aboriginal person. I was born in Ohsweken on the Six Nations Reserve in Ontario and grew up on the Mississaugas of the New Credit, which is adjacent. My father was born and raised on the reserve as well and lived his whole life there. My mother came from Switzerland, so I had the benefit of two cultures growing up. Most of my career has been spent in the field of biomedical research, but, gradually over the last 15 years or so, my attention has turned increasingly toward Aboriginal health research.

You have some handouts in your package, and the first of them is a diagram of the determinants of health. I will not spend much time on this because you have heard many presentations. In my experience, Aboriginal people in Canada are at least as aware of these determinants of health as the general public. However, I want to give three brief examples that illustrate these non-biomedical factors. I will focus on only one of them, which is income.

Just two weeks ago, I attended the annual international research meeting in my specialty. It was the American Thoracic Society that deals with lung diseases. As at many meetings of its kind, about 90 per cent of the presentations were devoted to the biological, pharmacological and genetic factors that relate to respiratory health, and no doubt at least 90 per cent of the research funding that led to these presentations was related to these same medical determinants of health.

However, there were some interesting presentations that dealt with the other determinants, factors such as race, culture, housing and social conditions. The one that particularly struck me is illustrated on a slide here. It was presented by a young man from Columbia University in New York. His study showed that if

Willie Ermine, professeur, auteur-éthicien, Indigenous Peoples' Health Research Centre : Je m'appelle Willie Ermine et je suis chercheur à l'Indigenous Peoples' Health Research Centre. Je suis un Cri, originaire de la Saskatchewan.

Claudette Dumont-Smith, conseillère principale en santé, Association des femmes autochtones du Canada : Je m'appelle Claudette Dumont-Smith. Je suis algonquienne, originaire de Kitigan Zibi. Je suis infirmière de métier et j'exerce les fonctions de conseillère principale en santé à l'Association des femmes autochtones du Canada.

Le sénateur Cochrane : Je m'appelle Ethel Cochrane et je suis sénateur, originaire de la province de Terre-Neuve-et-Labrador.

Audette Madore, Bibliothèque du Parlement : Je m'appelle Audette Madore. Je suis analyste rattachée au sous-comité.

Barbara Reynolds, greffière du comité : Je m'appelle Barbara Reynolds. Je suis la greffière du comité.

Le président : Nous allons commencer ce matin par écouter le Dr Malcolm King, professeur à la faculté de médecine de l'Université de l'Alberta.

Dr King : Merci de m'offrir le privilège de prononcer le mot d'ouverture. C'est un grand honneur. Comme je l'ai dit, je suis autochtone. Je suis né à Ohsweken, dans la réserve des Six-Nations en Ontario, et j'ai grandi chez les Mississaugas de New Credit, tout juste à côté. Mon père est né dans la réserve et y a grandi; il y a passé toute sa vie. Ma mère était originaire de Suisse; enfant, j'ai donc bénéficié de deux cultures. J'ai passé la majeure partie de ma carrière dans le domaine de la recherche biomédicale, mais, progressivement, au cours des quelque 15 dernières années, je m'intéresse de plus en plus à la recherche dans le domaine de la santé des Autochtones.

Je vous ai remis des documents, dont le premier fait voir un diagramme des déterminants de la santé. Je ne vais pas y consacrer beaucoup de temps : vous avez déjà entendu bon nombre d'exposés. D'après l'expérience que j'en ai, les Autochtones du Canada sont au moins autant conscients que les membres de la population générale de ces déterminants de la santé. Cependant, je veux vous donner trois exemples brefs de cas où ce sont des facteurs autres que biomédicaux qui entrent en ligne de compte. Je m'attacherai à un seul d'entre eux, soit celui du revenu.

Il y a deux semaines à peine, j'ai assisté à l'assemblée annuelle internationale des gens de mon domaine de recherche spécialisée. C'était à l'initiative de l'American Thoracic Society, qui s'attache aux maladies pulmonaires. Comme c'est le cas à bon nombre des conférences du genre, environ 90 p. 100 des exposés portent sur les facteurs biologiques, pharmacologiques et génétiques liés à la santé respiratoire. Sans aucun doute, au moins 90 p. 100 des budgets de recherche à l'origine des exposés en question portent sur les mêmes déterminants médicaux de la santé.

Cependant, nous avons eu droit à quelques exposés intéressants sur d'autres déterminants, par exemple la race, la culture, le logement et les conditions sociales. Voici une diapositive qui illustre un des exposés qui m'ont particulièrement frappé. C'était l'exposé d'un jeune homme de

people lived in a poor neighbourhood in New York, their chances of dying from his disease of interest, which is pulmonary arterial hypertension, were four times greater than if they came from one of New York's more affluent neighbourhoods. That is an outstanding difference — four times the risk of death related to income.

The presenter was not able to tell me what led people living in a poor neighbourhood to have that extra risk. They defined the poverty factor as the percentage of people in that neighbourhood living below the poverty line, so it was not exactly income, and I doubt that it is as simple as income. Can you imagine what a boon it would be to have a drug or medical intervention that could turn a 30 per cent death rate into a 7 per cent death rate? It would make billions for drug companies, too. Drug companies normally deal in lowering risk by a few percentage points.

I am showing you this data from New York in part because it tells us something important and also because there is not so much data from Canada, which is part of the point I want to make. The data does not say anything about Canadian Aboriginal health. It probably says something about the health of African Americans, but that was not explicit. On the other hand, it speaks volumes about the potential health gain to be realized if we can only learn how to deal with the social determinants of health.

My next slide tells the same story, but from the city of Edmonton, where I presently live. It is again in the field of cardiovascular disease. The graph shows the chances of dying in the first year after a heart attack in Edmonton. There was a very clear gradient with income. The lower quartile of income had more than a 30 per cent chance of dying in the first year after a heart attack while the upper quartile had a 15 per cent chance of dying. That is double the chance of dying in the first year after a heart attack if a person is in the lower quartile of income, which is pretty scary.

This study was led by Dr. Paul Armstrong, a distinguished scientist in this field. It held out some hope, because the heart attack patients who survived the initial attack and who received the right treatment, which was revascularization, had a significantly reduced risk of dying in that first critical year. The risk went down to about 5 per cent. The marvellous thing is that the income disparity totally disappeared. There was the same risk of dying in the poor quartile — 5 per cent — as there was in the upper quartile.

L'Université Columbia, à New York. Selon son étude, si vous demeurez dans un quartier pauvre de New York, le risque que vous présentiez de mourir de la maladie qui l'intéresse, c'est-à-dire l'hypertension artérielle pulmonaire, est quatre fois plus grand que celui que courent les habitants des quartiers les plus cossus de New York. C'est là toute une différence : le risque de décès est quatre fois plus grand selon le revenu.

L'auteur de l'exposé n'a pu me dire pourquoi les personnes qui vivent dans un quartier pauvre courent ce risque accru. Le facteur de pauvreté était défini comme étant la proportion des gens qui vivent sous le seuil de la pauvreté dans le quartier en question, de sorte que ce n'est pas tout à fait le revenu qui est la variable en cause, et je doute que le fait de prendre seulement en considération le revenu suffise pour comprendre. Pouvez-vous imaginer l'enthousiasme que provoquerait un médicament ou un traitement médical capable de ramener de 30 à 7 p. 100 le taux de mortalité en question? Il y aurait aussi des milliards de dollars en profits pour les sociétés pharmaceutiques. En règle générale, celles-ci cherchent à réduire le risque de quelques points de pourcentage.

Je vous fais voir ces données établies à New York parce que, d'une part, elles nous révèlent quelque chose d'important et aussi, d'autre part, parce que les données établies au Canada ne sont pas légion, ce qui s'inscrit dans l'idée que je veux faire valoir. Les données en question ne disent rien sur la santé des Autochtones du Canada. Elles révèlent probablement quelque chose au sujet de la santé des Afro-Américains, mais cela n'était pas dit expressément. Par ailleurs, on ne saurait exprimer avec plus d'éloquence les gains possibles qui seraient les nôtres si nous apprenions à bien agir sur les déterminants sociaux ou de la santé.

La prochaine diapositive traite du même sujet, mais dans le cas de la ville d'Edmonton, où j'habite actuellement. Encore une fois, le domaine traité est celui des maladies cardiovasculaires. Le graphique illustre le risque de mourir au cours de la première année suivant une crise cardiaque à Edmonton. La pente est très clairement liée au revenu. Faire partie du groupe qui se situe dans le quartile inférieur signifie un risque de 30 p. 100 de mourir au cours de la première année à la suite d'une crise cardiaque, mais faire partie du quartile supérieur dénote un risque de 15 p. 100. Le risque de mourir au cours de la première année à la suite d'une crise cardiaque est donc deux fois plus grand chez la personne dont le revenu se situe dans le quartile inférieur, ce qui est effrayant.

L'étude a été réalisée par le Dr Paul Armstrong, éminent chercheur du domaine. L'étude laisse place à un certain espoir, étant donné que les malades ayant survécu à une première crise cardiaque et ayant reçu le traitement approprié — la revascularisation — couraient un risque nettement réduit de mourir au cours de cette première année capitale. Le risque diminuait d'environ 5 p. 100. Ce qui est merveilleux, c'est que la disparité liée au revenu est disparue entièrement. Le risque de mourir pour les gens du quartile inférieur et pour les gens du quartile supérieur était le même : 5 p. 100.

It is not easy to understand how one would get there. It is not as simple as fixing income or social circumstances and not a simple case of access to health care because this is in the Canadian system. We might have understood it in other countries. There were many other factors built into that income disparity. Again, the study did not say anything specifically about Aboriginal health, but now it is more tantalizing. Those who know Edmonton will be thinking that there are more than likely Aboriginal people living in those poor neighbourhoods where the risk was higher, but we do not know that, which is part of another point I would like to make.

We need better data. We need to be able to find data about urban Aboriginal people, about Metis people and so on. Most of the data we have applies to First Nations living on-reserve.

The third study actually deals with Aboriginal people. It is a very well done study that comes from McMaster University and the Six Nations reserve, where I was born. This study was a collaboration between McMaster University and the people of Six Nations and was published in *The Lancet*, a very prestigious journal. The senior author was Dr. Salim Yusuf, another distinguished cardiologist.

The researchers interviewed people who were Six Nations band members as well as European Canadians living in the Brantford area. They were the control group. They asked people their income — which is perhaps a bold thing to do, but it was important for this study — and they also asked for blood samples to analyze for cardiovascular risk factors, such as cholesterol.

We have the cardiovascular disease risk as a function of family income. The black bars on the graph represent the European Canadians, the control group, and at each increase in income level cardiovascular disease risk goes down. It is a beautiful demonstration of the predictive effect of income on disease, in this case cardiovascular disease such as heart attacks and strokes.

There was this same kind of income gradation in the European Canadians and the First Nations people of Six Nations, but the First Nations data are all elevated at any given income as compared to the European Canadians. There is an extra risk associated with being First Nations.

What is this risk? The study was not able to address this and, again, it is undoubtedly complex. It could be a combination of many of those factors on the social determinants diagram. It could be factors that are not even on the diagram, which is something we need to talk about it. More important is that neither this study nor the other two addressed how we can use the knowledge we have gained from collecting this data to reduce the risk, which is the key question. This research and the other two are excellent starts, and the one from Six Nations is the best

Déterminer ce qu'il faudrait donc faire n'est pas facile. Ce n'est pas aussi simple que le fait de régler la question du revenu ou des conditions sociales; ce n'est pas simplement l'accès variable aux soins de santé qui entre en ligne de compte, car il s'agit ici du système de santé canadien. Cela aurait pu se concevoir dans d'autres pays. La disparité des revenus dissimulait de nombreux autres facteurs. Encore une fois, l'étude ne traitait pas particulièrement de la santé des Autochtones, mais, maintenant, il est plus tentant d'extrapoler. Les gens qui connaissent Edmonton savent qu'il y a très probablement des Autochtones qui vivent dans les quartiers pauvres où le risque est plus élevé, mais nous ne le savons pas, ce qui m'amène à une autre idée que je souhaitais faire valoir.

Il nous faut de meilleures données. Nous devons trouver des données sur les Autochtones et les Métis en milieu urbain. La plupart des données dont nous disposons s'appliquent aux membres des Premières nations qui vivent dans une réserve.

La troisième étude dont il s'agit porte sur les Autochtones, elle. C'est une étude très bien faite qui a été réalisée par l'Université McMaster dans la réserve des Six-Nations, où je suis né. C'était une collaboration entre l'Université McMaster et les membres des Six-Nations, dont les résultats ont été publiés dans *The Lancet*, revue médicale de grand prestige. L'auteur principal en est le Dr Salim Yusuf, autre très éminent cardiologue.

Les chercheurs ont interviewé des membres de la bande des Six-Nations ainsi que des Canadiens d'origine européenne résidant dans la région de Brantford. Ces derniers formaient le groupe témoin. Ils leur ont demandé quel était leur revenu — question qu'il est peut-être hardi de poser, mais c'était important — et ont prélevé sur eux des échantillons sanguins en vue d'une analyse des facteurs de risque cardiovasculaire, par exemple le taux de cholestérol.

Voici le risque de maladie cardiovasculaire d'après le revenu familial. Les bâtonnets noirs représentent les Canadiens d'origine européenne, le groupe témoin, et pour chaque augmentation de revenu, il est possible d'observer une diminution du risque de maladie cardiovasculaire. Démonstration éloquent de l'effet prédictif du revenu sur la maladie et, dans le cas qui nous occupe, la maladie cardiovasculaire, par exemple la crise cardiaque et l'ACV.

Une même variation d'après les revenus s'applique aux Canadiens d'origine européenne aussi bien qu'aux Autochtones membres des Six-Nations, mais les données des Premières nations sont élevées par rapport à celles des Canadiens d'origine européenne dans toutes les catégories de revenu. Il existe un risque accru lié au fait d'être autochtone.

Quel est ce risque? L'étude n'a pas permis de répondre à la question et, encore une fois, c'est sans aucun doute un phénomène complexe. Cela pourrait faire intervenir nombre des facteurs qui figurent dans le diagramme des déterminants sociaux. Il pourrait même s'agir de facteurs qui n'y figurent pas, ce dont il nous faudrait parler. Fait encore plus important, ni cette étude ni les deux autres n'ont cherché à établir comment nous pouvons profiter des connaissances acquises grâce aux données en question pour réduire le risque. Or, c'est là la question clé. Comme les deux

example of which I am aware. However, they require follow-up to understand the complexity of the observations and, more critically, to design, test and carry out intervention that could eliminate the disparities. In my opinion, it is not just a matter of remedying the income disparity, even if we could do that.

I will move to the stages of research. This comes from my personal perspective as an Aboriginal researcher. Most of our attention as a research community has been devoted to highlighting the problems, and I have shown you some examples of that. That is only the first step in research. The second step, which we have dealt with to a lesser extent, is understanding the problems. The problems, especially when it comes to social determinants, are always complex, and it is difficult to understand the interaction between them, but we really need to do that.

Finally, we need to move on to the third stage of research, which is the one that will actually produce gains in health, and use our knowledge to address these issues.

This is how it works in the biomedical field, and this is how it can work in the social determinants field as well. In a way, I do not see it as anything different. One can design experiments, conduct trials and analyze them, whether one is talking about a biomedical determinant or a social determinant. However, this third step can only be accomplished through working together with the people directly involved, namely, the First Nations, Métis and Inuit peoples of Canada. This is a continuous process, and we cannot forget the fourth step, which is the passing on of this knowledge to others who would use it. That is where we have perhaps the most to gain, by involving Aboriginal communities in this process.

The Chairman: Thank you, Dr. King. You were in the same audience as I was within the last couple of weeks when we heard that we have to start to move even further down the line in population groups and get to ethnicity and so forth to solve some of the problems. It is interesting the way the universe is unfolding.

Our next speaker is Valerie Gideon, Director of Health and Social Development, Assembly of First Nations.

Ms. Gideon: Thank you for the opportunity to be here. I would also like to express my appreciation for this opportunity on behalf of National Chief Phil Fontaine and members of the Assembly of First Nations executive.

I have tabled with you a PowerPoint presentation. Members of the Senate have received a lengthy document, which I will not be summarizing in five minutes. There are extra copies for people at the back. This is the submission that the Assembly of First Nations has made to the World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. It was co-authored by

autres, cette étude est un excellent point de départ. L'étude portant sur les Six-Nations est le meilleur exemple que je connaisse. Cependant, il faut assurer un suivi, pour comprendre la complexité des observations et, ce qui est encore plus important, concevoir, mettre à l'essai et réaliser des interventions susceptibles d'éliminer les disparités. À mon avis, il ne s'agirait pas simplement de régler le problème du revenu, même s'il était possible de le faire.

Je passe aux étapes de la recherche. C'est inspiré de ma vision personnelle en tant que chercheur autochtone. Dans le milieu de la recherche, nous nous sommes surtout attachés à souligner les problèmes; je vous en ai donné quelques exemples. Or, ce n'est là que la première étape de la recherche. La deuxième, que nous avons vu dans une moindre mesure, consiste à comprendre les problèmes. Les problèmes, surtout quand il s'agit de déterminants sociaux, sont toujours complexes, et il est difficile d'en saisir les interactions, mais c'est ce qu'il nous faut vraiment faire.

Enfin, il nous faut passer à la troisième étape de la recherche, celle qui permettra réellement de réaliser des progrès dans le domaine de la santé et d'appliquer nos connaissances au règlement des problèmes en question.

C'est ainsi que les choses fonctionnent dans le domaine biomédical et c'est ainsi qu'elles doivent fonctionner aussi dans le domaine des déterminants sociaux. D'une certaine façon, ce n'est pas vraiment différent à mes yeux. On peut concevoir des expériences, réaliser des essais, en analyser les résultats, qu'il s'agisse d'un déterminant biomédical ou d'un déterminant social. Cependant, la troisième étape ne peut avoir lieu que si les responsables travaillent ensemble directement auprès des gens touchés, c'est-à-dire les Premières nations, les Métis et les Inuits du Canada. C'est un processus continu, et nous ne saurions oublier la quatrième étape, soit la transmission des connaissances à ceux à qui elles peuvent être utiles. C'est peut-être à ce chapitre que nous avons le plus à gagner : il faut faire participer les collectivités autochtones au processus.

Le président : Merci, docteur King. Vous étiez dans l'auditoire vous aussi, au cours de quelques dernières semaines, lorsque nous avons entendu qu'il faut désormais affiner l'étude des populations et aborder la situation des groupes ethniques et ainsi de suite, pour régler certains des problèmes. Il est intéressant de voir comment les choses se déroulent.

Notre prochain témoin est Valerie Gideon, directrice de la Santé et du Développement social à l'Assemblée des Premières nations.

Mme Gideon : Je vous remercie de l'occasion que vous m'offrez de venir comparaître. Je tiens à exprimer ma reconnaissance à cet égard au nom du chef national Phil Fontaine et des membres du conseil de direction de l'Assemblée des Premières nations.

Je vous ai remis une présentation PowerPoint. Les membres du Sénat ont reçu un document volumineux que je ne vais pas résumer en cinq minutes. Il y a des exemplaires en arrière de la pièce pour ceux qui n'en ont pas. C'est le document remis par l'Assemblée des Premières nations à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de

Dr. Jeffrey Reading, who I believe has testified before the committee, Dr. Andrew Kmetc from the University of Victoria, and me.

I will spend the five minutes I have in segueing nicely from Dr. King's presentation, and particularly his last comments about how to use knowledge to address these issues with respect to social determinants of health among Aboriginal peoples, and specifically First Nations.

From the perspective of the Assembly of First Nations, you can imagine that it is challenging to work and advocate with federal departments for recognition of the importance of taking on a population health approach to policy development as well as program and service implementation, as it is a challenge for the entire Canadian health care system.

We have attempted to develop a public policy development approach within a holistic policy and planning model, which we feel is concrete and practical enough that it can hopefully influence future public policy development. That is what I will present here.

As First Nations governments and communities, we face unique public policy challenges. We have a dynamic and complex environment. It is challenging for us to get long-term sustainable and comprehensive policy, and program commitments from federal agencies as well as provincial and territorial agencies. While we have found that expertise has conveyed effectively the importance of public engagement in the development of public policy, we do not feel that those approaches necessarily reflect the unique First Nations interests, rights and considerations that we have put forward. We do not consider ourselves stakeholders in public policy development; we consider ourselves to be governments positioned in the nation-to-nation relationship with the Crown that originated with treaties and that is recognized in the Canadian Constitution.

We feel that a more comprehensive policy response is required that would be grounded in three main components: understanding the historical foundation in our relationship; flexibility, which would account for the diversity of First Nations peoples in this country of geographic locations, cultural and traditional characteristics, and languages; and innovation.

One of the most challenging areas is how to promote outside-the-box thinking and recognition of the importance of social determinants of health, which is grounded in evidence, and how to translate that into local and regional policies and programs.

la santé. Il porte la signature du Dr Jeffrey Reading, dont je crois savoir qu'il a déjà comparu devant le comité, du Dr Andrew Kmetc, de l'Université de Victoria, et la mienne.

Pendant les cinq minutes qui me sont allouées, je vais faire joliment la transition entre l'exposé du Dr King et le mien, et particulièrement les dernières observations qu'il a formulées quant à l'application des connaissances pour régler les problèmes à relever en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé au sein des peuples autochtones et, plus particulièrement, des Premières nations.

Du point de vue de l'Assemblée des Premières nations, vous pouvez l'imaginer, il est difficile de travailler auprès des ministères fédéraux et de les persuader de reconnaître l'importance de l'adoption d'une approche axée sur la santé des populations au moment d'élaborer les politiques officielles et de mettre en œuvre les programmes et services — c'est là un défi qui touche le réseau canadien de la santé dans son ensemble.

Nous avons essayé de mettre au point une approche d'élaboration des politiques gouvernementales qui s'inscrive dans un modèle global de planification et d'établissement des politiques qui, croyons-nous, est suffisamment concrète et pratiques pour moduler les futurs choix stratégiques du gouvernement. Du moins, c'est notre espoir. C'est ce que je vais présenter ici.

En tant qu'administrations et collectivités des Premières nations, nous nous retrouvons devant des défis stratégiques qui sont uniques. Nous évoluons dans un environnement dynamique et complexe. Il est difficile pour nous de convaincre les organismes fédéraux ainsi que les organismes provinciaux et territoriaux d'adopter une politique globale et durable axée sur le long terme et des programmes comportant les engagements voulus. Nous l'avons constaté, les experts confirment l'importance de la participation publique à l'élaboration des politiques gouvernementales, mais nous sommes d'avis que les approches adoptées dans le contexte ne reflètent pas forcément les intérêts, les droits et les considérations uniques des Premières nations telles que nous les avons fait valoir. Nous ne nous considérons pas comme des acteurs de l'élaboration des politiques gouvernementales; nous nous considérons comme des gouvernements parties à une relation entre nations, relation nouée avec la Couronne, au départ dans les traités. Ce fait est reconnu dans la Constitution canadienne.

Nous croyons à la nécessité d'une réponse stratégique plus globale qui s'articulerait autour de trois grands axes : comprendre les fondements historiques de notre relation; faire preuve de souplesse, c'est-à-dire tenir compte de la diversité des membres des Premières nations au pays du point de vue des lieux géographiques, des caractéristiques culturelles, des traditions et des langues; et faire preuve d'innovation.

Une des grandes difficultés réside dans la façon de s'y prendre pour favoriser une pensée qui sort des sentiers battus et faire reconnaître l'importance des déterminants sociaux de la santé, dont les faits confirment la légitimité, et pour traduire cela en politiques et programmes locaux et régionaux.

I do not have the time to fully explain the historical foundation and relationship. There is a slide that attempts to capture some of the key principles. Certainly, as you are aware, treaties have set the fundamental principles of our relationship. There is also the important recognition of the distinction of First Nations peoples in section 35 of the Constitution Act, which establishes our inherent jurisdiction in self-government as well as in areas such as health, education, housing and so forth. We have had many challenges with recognition of this historical foundation at the federal level, as well as at the provincial, territorial and other levels, but we continue to advocate for that as the fundamental and core element of any type of joint or collaborative initiatives.

We have also tried to translate the importance of this recognition in a five-stage public policy development process, which you see outlined in the presentation. The first stage is obtaining a mandate from First Nations leadership for public policy development. The second stage is having an open national dialogue, by which we mean not necessarily one national forum but the opportunity nationally for First Nations to engage, which could be regionally or at the community level.

The third stage is acquiring independent expertise, which would include independent research findings that we can bring to the table to solidify our ideas and proposals. The fourth stage is to obtain a clear mandate for change from the federal government side. We have engaged in many joint tables over the years. Some of them have not been as successful in getting political momentum and commitment. As a result of that, reports are sometimes shelved for decades, and unfortunately there are no concrete outcomes from those. Certainly, we do not want to repeat that type of process. The fifth and most fundamentally important stage is a joint process that is grounded in that nation-to-nation relationship.

I will briefly describe the holistic policy and planning model that we developed and a bit of the context for that. We developed this model during the negotiation of the 2005 Kelowna Accord. We first presented it to the Council of the Federation in July 2005. The main driver for this model was our struggle with ensuring that the agenda items for the First Ministers Meeting on Aboriginal Issues would recognize health determinants, as that was how the meeting had initially been positioned in 2004. We started with a discussion that was focused on relationships, housing, education and health. We and our governments felt that economic development was extremely important. By presenting this model and taking the premiers through it — and eventually the federal side — we were trying to convey the importance of what Dr. King's examples in research demonstrate, which have been accepted certainly by the international community.

Je n'ai pas le temps de décrire en long et en large les fondements historiques de la relation et la nature de celle-ci. Il y a une diapositive qui essaie de saisir certains des principes clés à cet égard. Certes, comme vous le savez, les traités établissent les principes fondamentaux de notre relation. Il y a aussi, fait important, la reconnaissance du caractère distinct des peuples des Premières nations à l'article 35 de la Loi constitutionnelle, qui établit notre compétence inhérente sur le plan de l'autonomie gouvernementale et en rapport avec les secteurs comme la santé, l'éducation, le logement et ainsi de suite. Nous avons éprouvé beaucoup de difficultés à faire reconnaître les fondements historiques de cette relation à l'échelle fédérale ainsi qu'aux échelles provinciales, territoriales et autres, mais nous continuons de plaider cette cause, car c'est l'élément central, fondamental de tout projet de collaboration.

Nous avons également essayé d'illustrer l'importance de cette forme de reconnaissance sous la guise d'un processus d'élaboration des politiques gouvernementales en cinq étapes, que la diapositive permet de voir. La première étape consiste à obtenir des dirigeants des Premières nations un mandat pour l'élaboration des politiques gouvernementales. La deuxième consiste à lancer un dialogue national, et nous entendons par là non pas forcément une tribune nationale, mais l'occasion pour les Premières nations de prendre part à l'exercice à l'échelle régionale ou communautaire.

La troisième étape consiste à recourir à une expertise indépendante, qui déboucherait notamment sur des résultats non biaisés que nous pouvons évoquer pour consolider nos idées et nos propositions. La quatrième étape consiste à obtenir du gouvernement fédéral un mandat clair de changement. Nous avons pris part à beaucoup de tables de concertation au fil des ans. Certaines d'entre elles n'ont pas été très utiles pour stimuler des projets politiques et créer des engagements. De ce fait, il arrive que les rapports soient relégués aux oubliettes pendant des décennies, et malheureusement, il n'y a rien de concret qui n'en ressort. Certes, nous ne souhaitons pas reproduire ce genre de démarche. La cinquième et dernière étape, la plus fondamentale, c'est celle qui consiste à créer des processus conjoints ancrés dans la relation entre nations dont il est question.

Je vais décrire brièvement le modèle stratégique global que nous avons mis au point et situer la question un peu dans son contexte. C'est un modèle que nous avons élaboré durant la négociation de l'accord de Kelowna de 2005. Nous l'avons d'abord présenté au Conseil de la fédération en juillet 2005. L'ingrédient actif de ce modèle, c'est la lutte que nous menons pour nous assurer que les déterminants de la santé figurent parmi les points à l'ordre du jour de la rencontre des premiers ministres sur les questions intéressant les Autochtones, comme cela était prévu au départ en 2004. Nous avons entamé une discussion qui était centrée sur les relations, le logement, l'éducation et la santé. Nous étions d'avis, nous et nos administrations gouvernementales, que le développement économique revêt une importance tout à fait capitale. En présentant ce modèle et en l'expliquant au premier ministre des provinces — et, par la suite, au gouvernement fédéral —, notre but était de faire voir

The model itself is specific to First Nations. It is based on a social determinants model. However, it also incorporates First Nations' traditional knowledge and approaches, which are diverse. The model tries to balance some of the concrete community levels of activity, traditional knowledge approaches, and the recognition and reconciliation principles of our relationship with the Crown. It also tries to ground some concrete areas where we feel changes need to occur in order to improve the overall health and well-being of our population.

For example, the policy of self-government requires significant reform. We also need to address the fiscal discrimination to which our communities are currently subject through caps on federal program budgets.

The presentation brings forth some examples of evidence that has confirmed that self-determination and self-government aligned with greater institutional and community capacity for First Nations governments really will enhance health status and well-being within First Nations communities. I do not have the time to go through the very important and fairly well-known research and federal government initiatives and reports, but they are outlined here on the slide for your perusal.

The model itself is self-explanatory. First Nations communities are at its core. It takes us through all the dimensions of the lifespan. It positions all key elements of self-government, from the jurisdictional aspects to fiscal relations to a rights-based agenda, and finally to the capacity to undertake those joint negotiations. It also takes us through the key social determinants of health that have been well recognized in evidence whether specific to First Nations peoples or not, and then takes us through the elements of social capital with which you may be familiar. These are studies from the University of Manitoba, from which Dr. Bartlett is here as a faculty member. It tries to demonstrate and capture in a succinct way the impacts of relationships among First Nations communities, within the communities themselves and with external agencies such as the federal government; and how those relationships actually do impact on the ground the ability for First Nations community members to become healthy and empowered, and to address income, education and other factors.

The presentation takes us through a case in point to what I have been trying to express as clearly as possible; that if we adopt the lens of social determinants of health to something such as First Nations children's health, we can see the gap even more dramatically between First Nations and non-First Nations health and well-being. It takes us through key elements of our data. We have a national First Nations health survey, which is known as

l'importance de ce que les recherches du Dr King font voir et de ce qui est certainement admis par la communauté internationale.

Le modèle lui-même est propre aux Premières nations. Il est fondé sur le modèle des déterminants sociaux. Cependant, il intègre les approches et les manières de savoir des Premières nations, qui sont variées. Le modèle essaie de créer un équilibre entre les activités économiques concrètes dans certaines collectivités, les approches traditionnelles du savoir et les principes de reconnaissance et de rapprochement appliqués à notre relation avec la Couronne. Il désigne également des secteurs concrets où, à nos yeux, des changements s'imposent pour qu'il y ait une amélioration globale de la santé et du bien-être de notre population.

Par exemple, la politique d'autonomie gouvernementale doit faire l'objet d'une réforme importante. Il faut mettre fin à la discrimination financière à laquelle nos collectivités sont actuellement assujetties, par les plafonds appliqués aux budgets de programme du gouvernement fédéral.

La présentation PowerPoint fait voir quelques exemples de faits qui viennent confirmer que l'autodétermination et l'autonomie gouvernementale, conjuguées à un accroissement de la capacité collective et institutionnelle des administrations gouvernementales des Premières nations, serviront réellement à améliorer l'état de santé et le bien-être des gens à l'intérieur des collectivités des Premières nations. Je n'ai pas le temps de passer en revue les projets de recherche et projets et rapports fédéraux très importants et assez bien connus qui existent, mais, voici une diapositive que vous pourrez parcourir pour en savoir plus.

Le modèle peut se passer d'explication. Les collectivités des Premières nations en forment le cœur. Il comporte toutes les dimensions de la vie. Il situe tous les éléments clés de l'autonomie gouvernementale, depuis les compétences jusqu'aux relations financières, en passant par un programme axé sur les droits et, enfin, la capacité d'entreprendre des négociations. Il nous fait voir aussi les principaux déterminants sociaux de la santé que les recherches scientifiques ont servi à reconnaître, que ce soit à propos des peuples des Premières nations à proprement parler ou non, puis il nous fait voir les éléments du capital social que vous connaissez peut-être bien. Il s'agit d'études réalisées par l'Université du Manitoba, où la Dre Bartlett fait partie du corps enseignant. Il s'agit de montrer et de saisir sommairement les impacts des liens entre collectivités des Premières nations, entre les collectivités elles-mêmes et avec les organismes externes comme le gouvernement fédéral; et la manière dont ces liens se répercutent vraiment, concrètement, sur la capacité qu'ont les membres des collectivités des Premières nations d'améliorer leur santé et leur marge de manœuvre, et de régler d'autres questions comme le revenu et l'éducation.

La présentation PowerPoint nous fait voir une idée que j'essaie d'expliquer le plus clairement possible : si nous appliquons à la santé des enfants des Premières nations l'approche des déterminants sociaux de la santé, nous pouvons voir de façon encore plus nette l'écart entre les Premières nations et les autres groupes quant à la santé et au bien-être. La présentation signale les éléments clés parmi nos données à cet égard. Nous avons une

the regional longitudinal health survey. We have reports available on that. It effectively demonstrate a direct correlation between First Nations family income or other indicators of poverty, overcrowding, poor nutrition or lack of food security, lower levels of physical activity and educational achievement among First Nations children.

I do not have time to take you through all the specifics. They are fairly self-explanatory. When we go to a federal government meeting, for example, we try to show that, if you do this, this is the policy lesson that you should learn from it. It is trying to convey in a practical perspective how federal officials can be influenced to think about policy development and program implementation.

In conclusion, the data does show that unless we can change some fundamental determinants of, for example, our First Nations children's health and well-being, we will never be able to break the cycle of poverty and poor health that exists in our communities. Very simply put, we know if we raise income and education levels in our communities and reduce overcrowding today, we will improve employment, education and our First Nations population health for future generations. It is a simple statement, but it is a complex process to arrive at that.

Finally, we have proposed a three-stage process for an agenda for change to implement a population health approach among First Nations policy, program and services development. The first stage is grounded in joint processes. Again, going back to the historical foundation of the relationship, there is respect for the government-to-government approach. The second stage is recognition of the holistic policy considerations that I have outlined, both the underlying theoretical and also the policy premise. The final stage is to build future directions on solid information and capacity — for example, the national health survey we have been able to develop. That is fundamental for federal and First Nations accountability processes as well as monitoring our progress and success.

The Chairman: Thank you very much, Ms. Gideon. That is encouraging information. I have been observing this scene from afar now for 15 years. It is interesting the way the universe is unfolding. It is interesting to see the evolution of thinking, the convergence of thinking and the formation of a system that can really work. This was a great summary of it.

Marc LeClair is not with us yet; he will be here later. Barbara Van Haute will speak to us. She is from the Métis National Council.

enquête nationale sur la santé des Premières nations, qui s'appelle enquête régionale longitudinale sur la santé. Nous pouvons consulter des rapports à ce sujet. Cela sert à faire voir le lien direct qui existe entre le revenu familial des Premières nations ou d'autres indicateurs comme la pauvreté, le surpeuplement, la malnutrition ou l'absence de sécurité alimentaire, les niveaux inférieurs d'activité physique et de réussite scolaire chez les enfants des Premières nations.

Je n'ai pas le temps de vous relater toutes les précisions. Ça se passe plus ou moins d'explications. Lorsque nous nous rendons à une réunion avec les représentants fédéraux, par exemple, nous essayons de faire voir la chose : si vous optez pour ceci, voici la leçon stratégique qu'il faut en tirer. Nous essayons de dépeindre d'une manière concrète la manière de convaincre les responsables fédéraux de réfléchir d'une certaine façon à l'élaboration des politiques et à la mise en œuvre des programmes.

Pour conclure, je dirai que les données le font voir : à moins d'agir sur certains des déterminants fondamentaux, par exemple pour la santé et le bien-être de nos enfants des Premières nations, nous n'arriverons jamais à mettre fin au cycle de pauvreté et de piètre santé qui touche nos collectivités. En termes très simples, nous savons que si nous relevons le niveau de revenu et de scolarité dans nos collectivités et que nous réduisons l'entassement dès aujourd'hui, nous allons améliorer l'emploi, l'éducation et la santé des populations pour les générations à venir au sein des Premières nations. C'est simple comme énoncé, mais la marche à suivre pour y arriver est complexe.

Enfin, nous avons proposé une démarche en trois étapes intitulée « Vers un changement », pour l'instauration d'une approche axée sur la santé des populations appliquée aux politiques, aux programmes et aux services à l'intention des Premières nations. La première étape repose sur les processus conjoints. Encore une fois, pour revenir au fondement historique de la relation, c'est l'approche intergouvernementale qui est respectée. La deuxième étape consiste à reconnaître les considérations stratégiques globales que j'ai exposées, théorie sous-jacente et prémisse y comprise. La dernière étape consiste à établir une information et une capacité solides à l'origine des orientations futures — par exemple, l'enquête nationale sur la santé que nous sommes parvenus à mettre au point. C'est un élément fondamental pour asseoir les processus de responsabilisation du gouvernement fédéral et des Premières nations ainsi que pour jauger nos progrès et nos succès.

Le président : Merci beaucoup, madame Gideon. Voilà des informations encourageantes. J'observe la situation à une certaine distance depuis 15 ans maintenant. Il est intéressant de constater la manière dont les choses se déroulent. Il est intéressant de constater l'évolution de la réflexion, la convergence des éléments de réflexion et la formation d'un système qui peut vraiment fonctionner. Vous nous avez donné un excellent résumé.

Marc LeClair n'est pas encore parmi nous; il y sera plus tard. Barbara Van Haute nous adressera la parole. Elle représente le Ralliement national des Métis.

Ms. Van Haute: It is a pleasure to be here. I have to thank the Senate Subcommittee on Population Health for the invitation to the Métis National Council to present today.

Just to make sure we are all on the same page, the Métis National Council, MNC, represents the Metis people of the historic Metis homeland, which is defined as those Metis who resided in Northern Ontario, the three Prairie provinces and Northern British Columbia. That distinction needs to be made upfront.

For the last two years, MNC has been trying to get a handle on the factors and conditions that contribute to the health of the Metis people. We have undertaken extensive research in this area, and we have developed some visible outcomes. You will all be able to see them shortly when we get our Métis National Council health and well-being portal up and running on the website. You will be amazed at the information we have gathered. You will also be amazed to know how much more information we need to gather, which takes much organization, capacity building and funds.

Today, I would like to share with you some of the barriers that have impeded the development of our population and eroded the health status of the Metis population. As I mentioned in our portal, we have been able to find thus far that our health status is well below that of non-Aboriginal populations in Canada in many regards. It is also below other streams of the Aboriginal population. Our population is growing, it continues to, and our population is aging. It is an issue that will not go away. We must continue to collect that data and attempt to understand what all the influences are to that.

The greatest impediment to our development began — there is a historical emphasis to this — with various levels of government not really wanting to deal with the Metis issue, and this goes back to scrip policy of the 19th century and land claim failures in the 20th century. Those policies and the failure of recognition on behalf of various levels of government have left the Metis people in a situation where our identity has been eroded, and it has undermined our self-confidence in our own capabilities. As a result, it has left the majority of us unable to take advantage of economic opportunities that emerged as Canada developed, and continue to emerge.

As a result of that, the Métis National Council welcomed the recent Aboriginal Committee's report on Aboriginal economic development. That is without a doubt a key factor from what our own statistics tell us and from what Dr. King and Ms. Gideon have said. Everyone seems to concur: Economic security is an important factor in health determinants. This has led to poor health conditions and, if they are not dealt with now, there will be a tremendous cost to not only the Metis people and culture but also to the Canadian government and Canadian people — a huge cost.

Mme Van Haute : C'est un plaisir pour moi d'être ici. Je tiens à remercier le Sous-comité sur la santé des populations d'avoir invité le Ralliement national des Métis à présenter un exposé aujourd'hui.

Je veux simplement m'assurer que nous sommes tous sur la même longueur d'ondes : le Ralliement national des Métis, le RNM, représente le peuple métis sur les terres métisses historiques, c'est-à-dire les Métis qui ont habité dans le nord de l'Ontario, dans les trois provinces des Prairies et dans le nord de la Colombie-Britannique. Cette distinction doit être faite au départ.

Depuis deux ans, le RNM essaie de comprendre les conditions et les facteurs qui influent sur la santé des Métis. Nous avons entrepris d'importantes recherches à cet égard et sommes parvenus à certains résultats concrets. Vous allez pouvoir en prendre connaissance sous peu, au moment où le portail de la santé et du bien-être du Ralliement national des Métis est lancé sur le site Web. Vous serez très étonnés des informations que nous avons pu réunir. Vous serez aussi très étonnés de constater l'ampleur des informations qu'il nous faut encore réunir, ce qui suppose beaucoup d'organisation, de renforcement des capacités et de financement.

Aujourd'hui, j'aimerais vous parler de certains des obstacles qui ont nui au développement de notre population et miné l'état de santé des Métis. Comme je le dis dans notre portail, nous avons pu constater jusqu'à maintenant que notre état de santé est bien inférieur à celui des groupes autres qu'autochtones au Canada, à de nombreux égards. Il est également inférieur à celui d'autres groupes autochtones. Notre population croît, elle continue de croître et elle vieillit. C'est un problème qui ne disparaîtra pas de lui-même. Nous voulons continuer à réunir les données nécessaires et essayer de comprendre quelles sont les influences qui entrent en ligne de compte.

Le plus grand obstacle à notre développement tient d'abord — il faut insister sur l'explication historique ici — au fait que les divers ordres de gouvernement n'ont jamais vraiment voulu se pencher sur le cas des Métis, et cela remonte à la politique des certificats du XIX^e siècle et à l'échec des revendications territoriales au XX^e siècle. Ainsi, les politiques et les refus des divers ordres de gouvernement ont laissé les Métis dans une situation où leur identité s'est érodée et où leur confiance en leurs propres moyens a été minée. De ce fait, la plupart d'entre nous n'ont pu tirer parti des avantages économiques qui se présentaient au fur et à mesure que le Canada se développait, de même que des occasions qui se présentent aujourd'hui.

De ce fait, Ralliement national des Métis salue l'arrivée du rapport récent du comité des peuples autochtones sur le développement économique chez les Autochtones. Il ne fait aucun doute que c'est un facteur clé dans cette histoire, d'après nos propres statistiques et d'après ce que nous disent le Dr King et Mme Gideon. Tout le monde semble être d'accord : la sécurité économique est un facteur important du point de vue des déterminants de la santé. C'est cela qui a conduit à de piètres conditions sanitaires et, si le problème n'est pas réglé dès maintenant, il y aura un prix énorme à payer non seulement du

We want to do whatever we can to work with various levels of government to ensure that no one has to pay that cost, most certainly the Metis people, but also the people of Canada.

For this to happen, the Métis National Council has come up with a five-part system of actions that needs to take place to help us work with various levels of government to ensure that we deal with the improvement of the health status of the Metis people overall. The first part is an acknowledgement that all levels of government — namely, federal, provincial, territorial and Metis — share responsibility to address the health needs of the Metis people, and that is an overall mindset change. The Metis health status is the responsibility of everyone — the Metis themselves, Metis governments as well as federal, provincial and territorial governments.

Second, Metis governments and institutions should be supported to ensure that Metis play an effective role in the design — both at the federal and provincial level — delivery and implementation of health policy. We are not talking about developing a separate system but rather enhancing the current system.

The third part is a commitment to sustainable funding over a period of years. We are pleased to say that Health Canada has opened its doors to us. We have longer-term funding than we have ever had before from any government department at the federal or provincial levels, and we are pleased about that. Nonetheless, the funding only extends to 2010. At this point in time, we have no indication that it will go beyond that.

We are beginning to work with the Public Health Agency of Canada as well as Statistics Canada to ensure that funding continues in other areas, so we can develop a better understanding and better statistics about Metis health status and the factors influencing our health. It is no mean feat because we lack the capacity. We are not sure of funds continuing so we can have people on the ground who can work with federal and provincial government departments to help develop this capability.

The fourth part is we need to look at this in terms of outcome. What can we give back to federal and provincial governments as we develop this understanding of the Metis health status and the factors that influence the health condition? One example is information sharing, so that when we come to the table for policy development, we are informed, know what we are talking about and have specific action plans in mind.

The fifth part is to generally increase our knowledge, referring back to what I mentioned earlier about working with various provincial and federal government departments to develop a better understanding of where we are, why we are here, and how

point de vue des Métis et de leur culture, mais aussi du gouvernement canadien et des Canadiens eux-mêmes — un prix énorme.

‘Nous souhaitons déployer tous les efforts possibles et travailler de concert avec les divers ordres de gouvernement afin de nous assurer que personne n’a à payer ce prix, et certainement pas les Métis eux-mêmes, mais pas les habitants du Canada non plus.

Pour que cela se fasse, Ralliement national des Métis a conçu une série de mesures en cinq volets qu’il faut adopter pour que nous puissions travailler de concert avec les divers ordres de gouvernement afin de nous assurer d’améliorer l’état de santé des Métis dans l’ensemble. La première mesure consiste à reconnaître que tous les ordres de gouvernement — le gouvernement fédéral, les provinces, les territoires et les Métis eux-mêmes — ont une part de responsabilité en la matière et doivent s’attacher aux besoins en matière de santé des Métis, ce qui suppose une évolution globale des mentalités. L’état de santé des Métis est la responsabilité de tous — des Métis eux-mêmes, des administrations métisses et des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

En deuxième lieu, il faut appuyer les administrations et les institutions métisses afin de s’assurer que les Métis jouent un rôle efficace dans la conception — à l’échelle fédérale et provinciale —, l’exécution et la mise en œuvre de la politique de la santé. Il est question ici non pas de créer un système distinct, mais plutôt d’améliorer le système en place.

En troisième lieu, il faut s’engager à maintenir le financement sur un certain nombre d’années. Nous sommes heureux de dire que Santé Canada nous a ouvert ses portes. Nous n’avons jamais bénéficié d’un financement prévu sur un si long terme de la part d’un ministère fédéral ou provincial, et nous en sommes heureux. Néanmoins, le financement ne vaut que jusqu’en 2010. À ce moment-là, rien ne laisse présager que ce sera prolongé.

Nous commençons à travailler avec l’Agence de santé publique du Canada et avec Statistique Canada afin de nous assurer que le financement perdure dans d’autres domaines, pour que nous puissions mieux comprendre et mieux quantifier l’état de santé des Métis et les facteurs qui entrent en ligne de compte. Ce n’est pas une mince tâche, car les moyens nous font défaut. Nous ne sommes pas sûrs de la stabilité des fonds, et donc de pouvoir avoir sur le terrain des gens qui collaborent avec les ministères fédéraux et provinciaux afin d’établir les moyens d’agir à cet égard.

En quatrième lieu, nous devons penser à l’aboutissement de tout cela. Que pouvons-nous remettre aux gouvernements fédéral et provinciaux pendant que nous essayons de comprendre l’état de santé des Métis et les facteurs qui y président? À titre d’exemple, il y a l’échange d’informations, si bien que, au moment d’élaborer des politiques, nous sommes renseignés, nous savons de quoi nous parlons et nous avons en tête des plans d’action précis.

En cinquième lieu, il faut bonifier nos connaissances de manière générale. C’est ce que je disais plus tôt à propos de l’idée de travailler avec les divers ministères provinciaux et fédéraux afin d’arriver à mieux comprendre où nous en sommes

we can improve it. That is limited to or includes continued or increasing support for research and information-sharing projects.

That might seem theoretical, but it all relates to two basic components: first, recognition of the Metis people by federal and provincial governments; and, second, increasing support and acceptance of responsibility, that all of us are responsible for the health of our people, the people of Canada, which includes the Metis people of Canada.

Ms. Fowler: Thank you for the opportunity to present here today. We have included a paper by the Inuit Tapiriit Kanatami with respect to the work being done through the World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. We just added today the Inuit action plan document. The Inuit of Canada and the Her Majesty the Queen in Right of Canada signed a partnership accord on May 31, 2005. The Inuit of Canada are represented in the partnership accord by Inuit Tapiriit Kanatami, ITK, and the Queen is represented by the Minister of Indian Affairs and Northern Development.

This initial action plan will identify activities and initiatives to be conducted over a three-year period with revisions as needed, and subsequent action plans will be reviewed and priorities negotiated about every three to five years.

As I have indicated, I am a project coordinator in the health department at ITK. We Inuit are a young and growing population of roughly 53,000 living in 35 remote, isolated communities spread across approximately one third of Canada's land mass. ITK's primary role is to secure a more equitable place for Inuit within Canada. We are the national voice of Inuit in Canada and address issues of vital importance to the preservation of Inuit identity, culture and way of life.

One of the most important responsibilities of ITK is to promote Inuit rights and ensure that we are properly informed about issues and events that affect their lives. That process is purporting to ensure that Inuit interests are properly informed by Inuit knowledge perspectives and vision.

There are many key public policy changes facing Inuit communities as they struggle to achieve improved standards of living, family and individual well-being. I would like to highlight the necessity of all of us making commitments to improve the health status of Inuit by developing and delivering concrete policies and programs that respond to the needs. That is crucial to ensure there are improvements in closing the gap.

Inuit do not separate mental and physical health; rather, we speak of total well-being. Inuit support a holistic population health approach. Total well-being cannot be improved by health services alone. Improvements to economic opportunities, housing, education, language and culture, environment, justice and infrastructure, and relationships with many stakeholders are

rendus, pourquoi nous en sommes rendus là et ce que nous pouvons faire pour améliorer notre situation. Cela peut comprendre le maintien ou l'accroissement des appuis à l'égard des projets de recherche et d'échange d'information.

L'idée peut paraître théorique, mais tout cela fait intervenir deux éléments fondamentaux : premièrement, la reconnaissance des Métis par les gouvernements fédéral et provinciaux; et, deuxièmement, l'accroissement du soutien et l'acceptation de la responsabilité, soit que nous sommes tous responsables de la santé de nos gens, des habitants du Canada, ce qui comprend les Métis du Canada.

Mme Fowler : Merci de m'offrir l'occasion de présenter un exposé aujourd'hui. Nous vous avons remis un document produit par Inuit Tapiriit Kanatami à propos des travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé. Nous venons d'ajouter aujourd'hui le plan d'action des Inuits. Les Inuits du Canada et Sa Majesté la Reine du chef du Canada ont conclu un accord de partenariat le 31 mai 2005. Les Inuits du Canada sont représentés à ce propos par Inuit Tapiriit Kanatami, ou ITK, et la Reine est représentée par le ministre des Affaires indiennes et du Nord.

Le plan d'action initial doit prévoir des activités et des projets à réaliser sur une période de trois ans avec les révisions qui s'imposent. Les plans d'action subséquents seront examinés, et les priorités, négociées tous les trois à cinq ans.

Comme je l'ai signalé, je suis coordonnatrice de projet au service de santé d'ITK. Nous, Inuits, formons une population jeune et en croissance. Nous sommes environ 53 000 éparpillés dans 35 collectivités isolées et éloignées des grands centres, étalés sur un territoire qui représente le tiers environ de la masse terrestre du Canada. Le rôle premier d'ITK est de veiller à ce que les Inuits aient une place plus équitable au Canada. Nous sommes le représentant national des Inuits au Canada et nous nous attachons à des questions d'une importance capitale pour ce qui est de préserver la culture, l'identité et le mode de vie inuits.

Une des responsabilités importantes d'ITK consiste à promouvoir et à veiller à ce que nous soyons bien renseignés sur les questions et les événements qui touchent leur vie. Le processus est censé garantir que les intérêts des Inuits reposent sur la vision et les perspectives relatives au savoir des Inuits.

Les communautés inuites font face à de nombreux changements en rapport avec les politiques gouvernementales tandis qu'elles essaient d'améliorer leur niveau de vie et leur bien-être familial et individuel. J'aimerais insister sur la nécessité pour nous tous de nous engager à améliorer l'état de santé des Inuits en élaborant et en mettant en œuvre des politiques et des programmes concrets qui répondent aux besoins des Inuits. C'est un élément capital pour s'assurer qu'il y ait des améliorations et que le retard est comblé.

Les Inuits ne dissocient pas la santé mentale et la santé physique; nous parlons plutôt de bien-être global. Les Inuits appuient une approche globale axée sur la santé des populations. À eux seuls, les services de santé ne suffisent pas à assurer le bien-être global. Des améliorations touchant les occasions économiques, le logement, l'éducation, la langue et la culture,

needed as well. Programs based on unique circumstances, culture and the needs of Inuit regions and communities will improve health status. Inuit are experiencing fundamental changes to their way of life and well-being.

It is well known that, as with other Aboriginal groups in Canada, there are vast health inequalities between Inuit and the rest of the Canadian population. For example, the gap in life expectancy between Inuit and other Canadians is vast, a difference of about 15 years. While the Canadian population is aging with people living longer, it is not the case for Inuit. It is likely that Inuit life expectancy has decreased in recent years. There is a need for sound, accurate statistics to inform evidence-based decision making. Information that many Canadians take for granted is not available for Inuit. For example, the infant mortality rate is one of the most basic measures of health impacted by socio-economic conditions, public health practices, access to and quality of health care, et cetera. However, there is no Inuit-specific information available from vital statistics. We have no infant mortality rate for the Inuit in Canada. The figures that exist are often for one region or for all residents of Inuit communities and exclude Inuit in the southern parts of Canada. Survey information is often for all Aboriginal people or for First Nations. Some people use these figures to incorrectly describe the landscape for Inuit.

Acculturation has occurred rapidly for Canadian Inuit from a traditional way of life to a modern and industrialized one. The movement from traditional forms of subsistence to a dependence on a wage economy has radically disrupted Inuit social and environmental relationships and is recognized as contributing to social marginalization, stress and higher incidences of suicide. In spite of the socio-cultural upheaval the Inuit have experienced, one indicator of cultural well-being remains strong: use of the Inuit language. Today, Inuktitut remains one of the most resilient Aboriginal languages in the country. The federal government is being urged to play a role in protecting and enhancing Inuktitut by making it an official language of Canada.

Productivity was identified as an important Inuit-specific social determinant of health and is a more accurate term for Canadian Inuit as opposed to employment, since many Inuit men and women still work informally by harvesting country food, producing goods for their families and providing voluntary services in their communities. Although these services are not usually considered employment, they should be considered when

l'environnement, la justice et les infrastructures, et les relations avec les nombreux intervenants s'imposent aussi. Ce sont des programmes centrés sur la situation, la culture et les besoins uniques des régions et des collectivités où vivent les Inuits qui serviront à améliorer l'état de santé des Inuits. Les Inuits vivent une évolution fondamentale de leur mode de vie et de leur bien-être.

Il est bien établi que, comme c'est le cas pour d'autres groupes autochtones au Canada, les Inuits sont marqués par de grandes inégalités relatives à la santé, par rapport aux autres Canadiens. Par exemple, l'écart entre l'espérance de vie des uns et des autres est énorme, soit une quinzaine d'années. La population canadienne vieillit et les gens vivent plus longtemps, mais ce n'est pas le cas des Inuits. Il est probable que l'espérance de vie des Inuits ait diminué ces dernières années. Il faudrait établir des statistiques rigoureuses à ce sujet pour que les décisions prises reposent sur des faits confirmés. Des informations que nombre de Canadiens tiennent pour acquises n'existent pas dans le cas des Inuits. Par exemple, le taux de mortalité infantile est l'une des mesures fondamentales de la santé selon les conditions socioéconomiques, les pratiques en matière de santé publique, l'accessibilité et la qualité des soins de santé, et cetera. Cependant, les statistiques de l'état civil ne disent rien de particulier à propos des Inuits. Nous ne connaissons pas le taux de mortalité infantile des Inuits au Canada. Les statistiques qui existent portent souvent sur une région particulière ou sur l'ensemble des habitants des collectivités inuites, de sorte qu'elles excluent les Inuits qui se trouvent dans la partie sud du Canada. Les informations sont souvent tirées d'enquêtes qui portent sur l'ensemble des Autochtones ou des Premières nations. Certaines personnes utilisent les statistiques à tort pour décrire la situation des Inuits.

L'acculturation s'est faite rapidement chez les Inuits du Canada, qui sont passés d'un mode de vie traditionnel à un mode moderne et industrialisé. Le passage des formes traditionnelles de subsistance à une vie marquée par la dépendance à l'égard d'une économie basée sur les salaires a bouleversé radicalement les relations sociales et environnementales chez les Inuits et est reconnue comme un facteur de marginalisation sociale et de stress. Le taux de suicide est notamment plus élevé. Malgré les bouleversements socioculturels qu'ont connus les Inuits, il est un indicateur du bien-être culturel qui demeure fort : l'utilisation de la langue inuite. L'inuktitut demeure l'une des langues autochtones les plus solides au pays. Le gouvernement fédéral est prié instamment de jouer un rôle dans la protection et l'amélioration de l'inuktitut en en faisant l'une des langues officielles du Canada.

La productivité est maintenant considérée comme un important déterminant social de la santé dans le cas particulier des Inuits. La notion est considérée comme étant plus judicieuse que celle de l'emploi : chez les Inuits, bon nombre d'hommes et de femmes travaillent encore de façon informelle en pratiquant la chasse et la pêche, en produisant des biens pour leur famille et en fournissant les services bénévoles au sein de leur collectivité. Ces

addressing the social determinants of Inuit health and in the development of new policy.

Concrete steps are being taken to increase employment prospects in Inuit communities through the use of impact and benefit agreements, IBAs, between developers in Inuit communities before any major development projects go forward in Inuit land claims areas. IBAs are considered an essential measure for Inuit to achieve self-determination, diversify their local economies, earn revenue and gain training and employment opportunities. Another program that has had some success in addressing Inuit employment issues is the Aboriginal Human Resource Development Strategy.

Support is needed at the community level for access to appropriate school curriculum and educational opportunities, vocational training, career counselling and other employment programs. Furthermore, to establish long-term sustainable employment opportunities in communities, growth and diversification of the private sector is vital. Harvesting activities and survival skills are being supported by regions through harvester support programs. More funding and new programs are needed to ensure that this teaching is provided to Inuit youth.

Another key social determinant of Inuit health is the social safety net. This term refers to the availability and quality of family, community and societal supports. Communities are working to find ways to strengthen social supports to deal with the social ills that have recently arisen. As with health services, social services should actively engage youth and families in the development of their programs, integrating Inuit-specific knowledge and traditions, and increase awareness among community members about available services.

Overall financial assistance from the government is insufficient because it is not adjusted to the high cost of living in the Arctic. Ultimately, the federal government must tailor its assistance programs to the unique needs of Inuit living in the arctic.

Our total well-being continues to be affected by past and ongoing societal transition. We ask the committee to consider the impacts of these factors on Inuit well-being and recognize that, to improve health, we need to implement strategies both within and outside of the health system.

Policies and programs that work best for Inuit are initiated, designed, delivered and administered by Inuit. Inuit knowledge and culture is central to our health and well-being. A population health approach is consistent with the Inuit-specific approach advocated by all Inuit organizations. We need to promote life and well-being and build strong communities. For example, holistic suicide prevention strategies must include employment and

services ne sont pas habituellement considérés comme une forme d'emploi, mais ils devraient être pris en considération là où il s'agit de penser aux déterminants sociaux de la santé des Inuits et à l'élaboration de nouvelles politiques à leur sujet.

On adopte des mesures concrètes pour accroître les perspectives d'emploi dans les collectivités inuites par le recours à des accords sur les répercussions et avantages, auxquels se trouvent soumis les auteurs de tout grand projet de développement sur un territoire revendiqué par les Inuits. Les ententes sur les répercussions et les avantages sont considérées comme une mesure essentielle qui permet aux Inuits d'en arriver à l'autodétermination, de diversifier leur économie locale, de toucher des revenus et de profiter d'occasions de formation et d'emploi. Il y a un autre programme qui a eu un certain succès du point de vue de l'emploi chez les Inuits : la Stratégie de développement des ressources humaines autochtones.

Il faut un soutien à l'échelle communautaire pour que les gens puissent bénéficier de programmes d'études et d'autres occasions scolaires qui conviennent, d'une formation professionnelle, d'une orientation professionnelle et d'autres programmes liés à l'emploi. En outre, pour établir des perspectives d'emploi durables, la croissance et la diversification du secteur privé revêt une importance capitale. Les programmes de soutien aux récoltes permettent d'appuyer les activités de récolte et de survie. Il faut un meilleur financement et de nouveaux programmes pour s'assurer que les jeunes Inuits fréquentent l'école.

Un autre déterminant social clé est le filet de sécurité sociale en matière de santé chez les Inuits. Il est question de l'accessibilité et de la qualité des mesures d'appui familiales, communautaires et sociales. Les collectivités s'appliquent à trouver des façons de renforcer les mesures d'appui social de façon à pouvoir combattre les problèmes sociaux qui sont apparus récemment. Comme c'est le cas pour les services de santé, les services sociaux devraient faire participer activement les jeunes et les familles à l'élaboration des programmes à leur intention, intégrer des traditions et des connaissances spécifiques aux Inuits et accroître la connaissance qu'ont les membres de la collectivité des services offerts.

L'aide financière globale consentie par le gouvernement est insuffisante, car elle n'est pas adaptée au coût de la vie élevé dans l'Arctique. En fin de compte, le gouvernement fédéral doit adapter ses programmes d'assistance aux besoins uniques des Inuits qui vivent dans l'Arctique.

Aujourd'hui comme hier, la transition que vit notre société a un impact sur notre bien-être global. Nous demandons au comité d'envisager l'impact des facteurs en question sur le bien-être des Inuits et de reconnaître que, pour améliorer notre santé, il nous faut adopter des stratégies à l'intérieur comme à l'extérieur du système de santé.

Les politiques et les programmes qui conviennent le mieux aux Inuits sont ceux que les Inuits eux-mêmes conçoivent, exécutent et administrent. La culture et le savoir inuits sont des éléments centraux de notre santé et de notre bien-être. Une approche axée sur la santé des populations concorde avec l'approche adaptée aux Inuits que préconisent tous les organismes inuits. Il nous faut promouvoir la vie et le bien-être, et bâtir de solides collectivités.

transitional programs, programs for trades and high school equivalency, housing for young adults and more. New and existing early childhood programs strengthen a child's foundation for total well-being. Positive media campaigns directed by youth could encourage discussion and reduce stigma. Regional crisis lines and youth and elder centres in each community can provide access to support personnel.

In summary, Inuit will make their own decision about maintaining and improving our total well-being, but we need individuals like you who are listening and making recommendations to help us. We hope you have heard today that Inuit know what is needed, are committed to addressing the issues of health and well-being and need resources and partnerships that will implement positive changes to the system.

To protect Inuit lifestyle, we need to work together and with governments and organizations to plan effectively for the long term. No longer can we accept jurisdictional barriers as an excuse. The Inuit way forward is through the lens of a population health approach where the focus is on improving the health status of an entire population.

As I said at the beginning of this presentation, we have included the Inuit action plan document, which really outlines the social determinants approach and necessary actions to achieve Inuit well-being.

The Chairman: Thank you very much, Ms. Fowler. You made an interesting statement at the end. For a number of years, I have been trying to think of how to express that thought; in other words, looking at health through the lens of population health. It would be very interesting for the front of our report if someone could come up with a catching concept of this, because it revolutionizes our traditional thinking about health. Maybe someone around the table will be able to do that.

Our next presenter is Ms. Claudette Dumont-Smith, Senior Health Advisor, Native Women's Association of Canada.

Ms. Dumont-Smith: Good morning. Thank you for inviting us to speak to this group today.

I would like to begin by introducing the Native Women's Association of Canada, NWAC. We have been in existence since 1974. We are a not-for-profit organization that represents all Aboriginal women in Canada, including First Nations, status, non-status, living on- and off-reserve, as well as Metis women. Our purpose is to improve, promote and foster the health, social, economic, cultural and political well-being of Aboriginal women

Par exemple, les stratégies globales de prévention du suicide doivent comporter des programmes d'emploi et de transition, des programmes de formation dans les métiers et l'équivalent d'un programme d'études secondaires, sans oublier des logements pour les jeunes adultes et ainsi de suite. Les programmes nouveaux et établis pour la petite enfance servent à renforcer les fondements du bien-être global chez l'enfant. Des campagnes médiatiques à connotation méliorative menées sous la direction de jeunes personnes pourraient servir à encourager la discussion et à réduire la stigmatisation. Les lignes d'assistance régionale en cas de crise et les centres pour jeunes et pour personnes âgées dans chacune des collectivités peuvent donner accès à du personnel de soutien.

En résumé, les Inuits prendront eux-mêmes les décisions qui permettent de maintenir et d'améliorer leur bien-être global, mais ils doivent pouvoir compter sur des gens comme vous, qui écoutent et formulent des recommandations judicieuses. Nous espérons que vous avez compris aujourd'hui que les Inuits sont conscients de ce qui s'impose, qu'ils s'engagent à s'attaquer aux problèmes de santé et de bien-être et qu'ils ont besoin de ressources et de partenariats permettant d'instaurer les changements positifs envisagés.

Pour protéger le mode de vie inuit, nous devons travailler ensemble, entre nous et avec les gouvernements et les organismes en vue de planifier efficacement le long terme. Nous ne pouvons plus admettre que les querelles de compétence servent d'excuses. La façon d'avancer pour les Inuits, c'est de voir la santé dans une optique de santé des populations, où il est d'abord et avant tout question d'améliorer l'état de santé de la population entière.

Comme je l'ai dit au début de l'exposé, nous vous avons remis un plan d'action inuit qui décrit vraiment l'approche des déterminants sociaux et les mesures qui s'imposent pour améliorer le bien-être des Inuits.

Le président : Merci beaucoup, madame Fowler. Vous avez dit quelque chose d'intéressant à la fin. Depuis plusieurs années, j'essaie de trouver une façon d'exprimer cette idée; autrement dit, voir la santé dans l'optique de la santé des populations. Il serait très intéressant que quelqu'un, pour le début de notre rapport, trouve un concept accrocheur comme celui-là, car cela révolutionne notre réflexion classique sur la santé. Peut-être qu'une personne ici saura le faire.

Le prochain exposé sera celui de Mme Claudette Dumont-Smith, conseillère principale en santé, Association des femmes autochtones du Canada.

Mme Dumont-Smith : Bonjour. Merci de m'inviter à prendre la parole devant le groupe aujourd'hui.

J'aimerais d'abord présenter l'Association des femmes autochtones du Canada, l'AFAC. Notre organisme existe depuis 1974. C'est un organisme sans but lucratif qui représente toutes les femmes autochtones au Canada, dont celles des Premières nations, les Indiennes inscrites et non, celles qui habitent dans les réserves ou ailleurs, et aussi des femmes métisses. Notre but consiste à améliorer, à promouvoir et à

within both Aboriginal and Canadian societies. We are made up of a collective of 13 provincial-territorial member associations, and we are governed by a 22-member board of directors.

Our objectives are to be the national voice for Aboriginal women; to address issues in a manner that reflects the changing needs of Aboriginal women in Canada; to assist and promote common goals toward self-determination and self-sufficiency for Aboriginal women in our roles as mothers, grandmothers and leaders; to promote equal opportunities for Aboriginal women in programs and activities; to serve as a resource among our constituency and Aboriginal communities; to cultivate and teach the characteristics that are unique aspects of our cultural and historical traditions; to assist other Aboriginal women's organizations, as well as community initiatives in the development of their local projects; and to advance concerns particular to Aboriginal women.

Looking at the health of Aboriginal women from a health determinants perspective, most Aboriginal peoples believe that to be healthy, one has to live in balance with nature — external factors — and with oneself. The self, according to Aboriginal peoples, includes spiritual, mental, emotional and physical spheres. Being unhealthy signifies an imbalance in either the self and/or with nature. This concept of health is well-aligned to the population health approach, which recognizes that the health status of a population is also influenced by both internal and external factors. These factors have been identified as determinants of health.

The application of a population health approach is a broad approach in that it acknowledges that the health of a population is influenced by one and/or the complex interactions of several health determinants.

To change the status quo, that is, if the health status of Aboriginal women, who are a specific population, is to improve multiple interventions must be implemented simultaneously. For example, if the high rate of diabetes in the Aboriginal female population continues to be addressed solely from a medical perspective without acknowledging or attempting to fix those issues related to the onset of diabetes, such as income and social status, culturally-appropriate health promotion and prevention activities, availability of health services, and the list goes on, then there is little hope of changing the status quo.

However, if a multi-interventionist or population health approach is implemented, then the chances of success in lowering the rates of diabetes among the Aboriginal female population will undoubtedly increase as well. Recognizing the fact that health determinants affect health, it should not be surprising that the health status of Aboriginal women in Canada is as poor

favoriser la santé et le bien-être social, économique, culturel et politique des femmes autochtones à l'intérieur de la société autochtone et de la société canadienne. Nous comptons 13 associations membres provinciales et territoriales, et nous sommes dirigés par un conseil d'administration composé de 22 personnes.

Nos objectifs sont les suivants : représenter les femmes autochtones à l'échelle nationale; nous attaquer aux problèmes de manière qui tient compte des besoins changeants des femmes autochtones au Canada; favoriser les buts communs en matière d'autodétermination et d'autosuffisance des femmes autochtones en tant que mères, grands-mères et leaders; promouvoir des chances égales pour les femmes autochtones dans le contexte de programmes et d'activités; servir de ressources aux femmes autochtones et aux membres des communautés autochtones; cultiver et renseigner les caractéristiques uniques de nos traditions culturelles et historiques; aider les autres organismes de femmes autochtones et les auteurs d'initiatives communautaires à mettre en place leurs projets locaux; et faire progresser les causes particulières des femmes autochtones.

Regardons la santé des femmes autochtones du point de vue des déterminants de la santé : la plupart des peuples autochtones croient que, pour être en santé, il faut vivre en équilibre avec la nature — les facteurs externes — et avec soi-même. D'après les peuples autochtones, ce soi-même comprend les sphères spirituelle, mentale, affective et physique. Être en mauvaise santé, c'est ne pas être en équilibre avec soi-même ou avec la nature, sinon les deux. Cette conception de la santé concorde bien avec l'approche axée sur la santé des populations, qui reconnaît que l'état de santé d'une population est modulé tout autant par les facteurs internes que les facteurs externes. Ces facteurs ont été désignés comme étant les déterminants de la santé.

L'approche axée sur la santé des populations est une approche large au sens où elle reconnaît que la santé des populations est influencée par un déterminant de la santé, sinon les interactions complexes entre plusieurs déterminants de la santé.

Pour changer le statu quo, c'est-à-dire pour améliorer la santé des femmes autochtones, qui constituent une population spécifique, les multiples interventions conçues doivent être mises en œuvre simultanément. Par exemple, si on continue de s'attaquer au diabète chez les femmes autochtones en tenant compte uniquement du point de vue médical, sans reconnaître ou essayer de régler les questions qui existent au départ, par exemple en ce qui concerne le revenu et la situation sociale, les activités culturellement adaptées de promotion de la santé et de prévention des maladies, l'accessibilité des services de santé — et la liste ne s'arrête pas là —, l'espoir que ça change demeure mince.

Cependant, si on met en œuvre une approche axée sur la santé des populations ou sur de multiples interventions, les probabilités de voir diminuer le taux de diabète chez les femmes autochtones augmentent sans nul doute. En reconnaissant le fait que les déterminants de la santé ont une incidence sur la santé, il ne faut pas s'étonner de constater que les femmes autochtones au Canada

as it currently is. In nearly all of the health determining factors, Aboriginal women are sorely lacking in most areas in comparison to the rest of the Canadian population.

The reality for the majority of Aboriginal women is based on the following health determining factors. The income and social status of Aboriginal women is poor. With respect to social support networks, many Aboriginal women are victims of the colonization process and residential schools and consequently they have none or fewer traditional social support networks available to them. On the whole, they are less educated. As to employment working conditions, they have high unemployment rates and are part of the working poor. They have been forced to leave their social milieu and are living in unstable, male-dominated social environments. They live in deplorable physical conditions in situations where the water and sewage systems are contaminated and the dwellings are overcrowded. They live in non-supportive social environments where health practices and good coping skills are not promoted and encouraged. With respect to healthy child development, they lack in adequate prenatal care and all that it entails. Biology and genetic endowment is being affected because they are obligated to purchase and consume non-traditional foods. They are missing essential health services, especially in the more remote and Northern communities. There is a need to implement a culturally-based, gender-based process in all policies and programs; there are hardly any in existence today. The women are short of culturally-relevant and appropriate health care policies, programs and services. Many of them live out in rural or remote villages and communities where they do not have access to services or programs. We regard violence as another health determinant, and the rates of sexual, racial, systemic and domestic violence are very high in our population.

If the health determinants and good health were measured on a continuum with better health being quantified at one end, then the conditions of Aboriginal women would surely register at the opposite end of the scale.

NWAC is in full support of the implementation of a population health approach as a sound and logical move toward improving the health of Aboriginal women. Silo-type approaches have proven ineffective. Although the implementation of a population health approach might appear to be more complex and costly in the short term, the outcomes in both the short and long term will be beneficial toward improving the health of women and will also result in being less of an ever-increasing burden on taxpayers' dollars. With the high levels of chronic health conditions, the cost of providing health care rises dramatically.

ont un si piètre état de santé. Pour pratiquement tous les facteurs déterminants, elles présentent des résultats nettement en deçà des seuils acceptables par rapport au reste de la population canadienne.

La réalité que vivent la plupart des femmes autochtones tient aux déterminants de la santé suivants. Du point de vue du revenu et de la situation sociale, les résultats des femmes autochtones sont mauvais. Pour ce qui est des réseaux d'entraide sociale, bon nombre de femmes autochtones sont victimes du processus de colonisation et des internats; par conséquent, les réseaux traditionnels d'entraide sociale à leur disposition sont rares, sinon inexistants. Dans l'ensemble, les femmes autochtones sont moins scolarisées. Quant à l'emploi, elles présentent un taux de chômage élevé. Si elles travaillent, elles touchent un salaire modeste. Elles ont été contraintes de quitter leur milieu social et de vivre dans des milieux sociaux instables, dominés par les hommes. Elles connaissent de déplorables conditions matérielles avec une contamination des systèmes d'égout et d'approvisionnement en eau, et l'entassement des unités d'habitation. Elles vivent dans des environnements sociaux marqués par une absence de soutien et où de bonnes pratiques en matière de santé et d'adaptation ne sont pas encouragées. Pour ce qui est du développement des enfants, elles ne disposent pas de soins prénatals adéquats avec tout ce que cela suppose. C'est le patrimoine biologique et génétique qui est touché, car elles sont obligées d'acheter et de consommer des aliments non traditionnels. Elles n'ont pas accès à des services de santé essentiels, surtout dans les collectivités isolées et collectivité du Nord. Il faut instaurer un processus culturellement et sexuellement adapté en rapport avec l'ensemble des politiques et des programmes; cela n'existe guère aujourd'hui. Les femmes manquent de politiques, de programmes et de services de santé convenables et culturellement adaptés. Bon nombre d'entre elles vivent dans des villages ou des localités rurales ou éloignées, où elles n'ont pas accès aux services ou aux programmes. Nous considérons la violence comme un autre déterminant de la santé, et les taux de violence sexuelle, raciale, systémique et conjugale sont très élevés au sein de notre population.

S'il fallait situer le long d'un spectre les déterminants de la santé et les éléments d'une bonne santé, en plaçant à une extrémité une santé optimale, les conditions des femmes autochtones sont telles que leur cas serait sûrement situé à l'autre extrémité du spectre.

L'AFAC appuie sans réserve la mise en œuvre d'une approche axée sur la santé des populations. Ce serait une façon logique et raisonnée d'améliorer la santé des femmes autochtones. L'inefficacité des approches fragmentaires n'est plus à démontrer. La mise en œuvre d'une approche axée sur la santé des populations peut paraître plus complexe et plus coûteuse à court terme, mais, à court aussi bien qu'à long terme, cela permettra bien d'améliorer la santé des femmes et de grever de moins en moins le contribuable. Les taux élevés de maladies chroniques sont tels que le coût des soins de santé augmente de façon marquée.

In conclusion, the poor health status of Aboriginal women, which lags well behind that of the rest of the Canadian female population, is linked to a variety of causes. Chief among them is the colonization process. It is well-documented that prior to the colonization period, Aboriginal women had more of an egalitarian status with their male counterparts. They had the power to make decisions on matters that affected their health and well-being as well as that of their family members and the community as a whole. Their decision-making responsibilities continued to diminish with the implementation of the Indian Act as they were relegated by law to second class status. Aboriginal women must reclaim and regain authority and control over matters that affect them; otherwise, the status quo will prevail.

Aboriginal women must be at all tables where decisions that affect them are being made. We believe that the health of Aboriginal women can improve if they regain control over all aspects that affect their lives, and this means the identification, implementation and evaluation of needed health policies. Aboriginal women must be involved at all levels of processes that strive for change.

The Chairman: Thank you, Ms. Dumont-Smith. This is something for you to think about later in the discussion. There is enormous room for improvement in society in general in maternal health, so that healthy babies are born every place instead of unhealthy babies that are such a problem to themselves, their families and society.

Ms. Wolski: I am very honoured to be here to have this opportunity to speak to you all today. I would like to acknowledge the Algonquin people, in whose territory we are gathered here as well today. I would like to acknowledge my fellow presenters, many of whom, similar to me, have dedicated their lives to increasing the quality of Aboriginal peoples' health. Ours is certainly the good fight.

Finally, I would like to thank the committee for providing the Congress of Aboriginal Peoples, CAP, the opportunity to present our views on this most worthwhile topic. CAP supports the population health approach. We support an approach that is inclusive and status-blind.

CAP works to advance off-reserve Aboriginal perspectives on health in a balanced, positive manner by fostering partnerships and collaborative approaches to health and healing. CAP maintains a grassroots approach to health issues to ensure real change is sustained for future generations. While CAP's work in the area of social determinants on health began just a few short weeks ago, we are hopeful that this valuable work will continue to be supported and eventually become the foundation for all the good work in which CAP is engaged.

Pour conclure, disons que le piètre état de santé des femmes autochtones, qui accuse un retard très net sur celui du reste des femmes du Canada, est lié à diverses causes. La toute première est le processus de colonisation. Il est bien établi que, avant la période de colonisation, les femmes autochtones bénéficiaient d'un statut davantage égalitaire par rapport aux hommes de leur groupe. Elles avaient le pouvoir de prendre des décisions à propos de questions qui touchaient leur santé et leur bien-être, ainsi que les membres de leur famille et la collectivité dans son ensemble. Leurs responsabilités décisionnelles ont continué de diminuer avec l'adoption de la Loi sur les Indiens, qui en faisait des citoyens de seconde zone. Les femmes autochtones doivent revendiquer et reconquérir leur pouvoir d'agir sur des questions qui les touchent; autrement, ce sera le statu quo.

Les femmes autochtones doivent toujours être présentes là où les décisions à prendre ont un effet sur elles. Nous croyons qu'il est possible d'améliorer la santé des femmes autochtones en leur permettant de reconquérir l'emprise qu'elles exercent sur tous les aspects qui influent sur leur vie, et cela veut dire l'établissement, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques qui s'imposent en matière de santé. Les femmes autochtones doivent participer, à tous les niveaux, aux processus qui permettent d'aspirer à un changement.

Le président : Merci, madame Dumont-Smith. C'est une chose à laquelle vous devez réfléchir plus tard, pendant la discussion. Dans la société, de manière générale, les possibilités d'amélioration sont énormes en ce qui concerne la santé maternelle, pour que des bébés en santé naissent partout et non pas des bébés malades qui causent tant de problèmes pour eux-mêmes, pour leur famille et pour la société.

Mme Wolski : Je suis très honorée d'avoir l'occasion de prendre la parole devant vous tous aujourd'hui. Je tiens à remercier le peuple algonquin sur le territoire duquel nous sommes réunis ici aujourd'hui. Je remercie aussi mes collègues qui témoignent eux aussi aujourd'hui, dont beaucoup, comme moi, ont consacré leur vie à l'amélioration de la santé des peuples autochtones. Notre combat est certainement juste.

Enfin, je veux remercier le comité de donner au Congrès des peuples autochtones, le CPA, la possibilité de présenter son point de vue sur ce sujet des plus importants. Le CPA appuie l'approche axée sur la santé des populations. Nous sommes d'accord avec une approche qui se veut inclusive et ne tient aucun compte du statut.

Le CPA travaille à faire progresser de manière équilibrée et positive les points de vue des Autochtones hors réserve sur la santé en favorisant les partenariats et les projets de collaboration dans le domaine de la santé et de la guérison. Le CPA aborde les questions de santé depuis la base même pour s'assurer d'instaurer des changements réels qui profiteront aux générations futures. Le travail du CPA dans le domaine des déterminants sociaux de la santé a débuté il y a quelques semaines à peine, mais nous espérons que les précieux efforts déployés en ce sens continueront d'être soutenus au point de devenir un jour le fondement de toute l'œuvre dans laquelle est engagé le CPA.

Throughout the course of the day, various health determinants will be identified and discussed within the scope of the realities of the people represented here today. We will discuss the fact that the health of Aboriginal people in this country is far inferior to that of non-Aboriginal people and the implications this has on future generations.

CAP acknowledges the realities presented by my respected colleagues here today and, while some issues may impact specific populations to varying degrees, they very much impact all of us, as Aboriginal people. We all share the same reality.

As a very brief example, consider the following: Aboriginal people who live off-reserve are generally in poorer health than non-Aboriginal people — one and a half times more likely to report their health as fair to poor. Thirty-four per cent of the off-reserve First Nations households and 27 per cent of the Métis households were found to be in core housing need compared to 18 per cent in the general population. These groups are less likely to own their own homes, and over 50 per cent report that they have experienced discrimination at the hands of potential landlords. Over 55 per cent of the urban Aboriginal population lives in poverty. This rate is as high as 66 per cent in some urban areas. Fifty-two per cent of urban Aboriginal children live in poverty. These children are four times more likely to be hungry and are more likely to suffer health problems as a result. Forty-six per cent of urban Aboriginal children live in lone-parent homes. Urban Aboriginal children are over seven times more likely to live with a relative other than their parent than a non-Aboriginal child.

While these statistics are but a snapshot of the realities that off-reserve populations face, they have helped CAP identify housing, poverty and early childhood development as our initial determinants of concern. In addition to these, CAP has identified one determinant that overrides all of these, and that is social exclusion. Social exclusion refers to the process by which people are denied opportunity to participate in aspects of cultural, economic, social and political life. This exclusion has manifested itself in three ways: First, like all Aboriginal people, CAP constituents face racism and discrimination in their daily lives. This occurs at the hands of mainstream populations. It contributes to and perpetuates negative stereotypes which in turn create barriers that prevent many Aboriginal people from accessing services, including health services.

Second, we experience exclusion through the perpetuation of colonial policies, laws and legislation that serve to undermine the life chances of Aboriginal people. Until these issues are resolved

Tout au long de la journée, nous allons établir divers déterminants de la santé et en discuter, en tenant compte de la réalité des gens qui sont représentés ici aujourd'hui. Nous allons examiner le fait que la santé des Autochtones au Canada est beaucoup moins bonne que celle des autres personnes ainsi que les répercussions de cette situation sur les générations futures.

Le CPA reconnaît les faits présentés par mes respectés collègues ici, aujourd'hui et, tandis que certaines questions peuvent avoir des répercussions sur des populations précises à divers degrés, il faut dire qu'elles se font véritablement sentir sur nous tous, en tant qu'Autochtones. Nous partageons tous la même réalité.

À titre d'exemple donné très rapidement, je vous demanderais d'envisager le cas suivant : les Autochtones hors réserve présentent généralement une santé moins bonne que celle des non-Autochtones — ils sont une fois et demie plus susceptibles de déclarer une santé moyenne ou piètre. Trente-quatre pour cent des ménages autochtones hors réserve et 27 p. 100 des ménages métis ont un besoin impérieux de logements, comparativement à 18 p. 100 pour la population générale. Les membres de ces groupes sont moins susceptibles d'être propriétaires de leurs maisons, et plus de la moitié dit avoir été victime de discrimination de la part de propriétaires éventuels. Plus de 55 p. 100 des Autochtones en milieu urbain vivent dans la pauvreté. Cette proportion atteint 66 p. 100 dans certaines zones urbaines. Cinquante-deux pour cent des enfants autochtones en milieu urbain vivent dans la pauvreté. Ces enfants sont quatre fois plus susceptibles de souffrir de la faim et risquent davantage d'avoir des ennuis de santé de ce fait. Quarante-six pour cent des enfants autochtones en milieu urbain vivent dans une famille monoparentale. Les enfants autochtones en milieu urbain sont sept fois plus susceptibles de vivre avec une personne apparentée autre que leur père ou leur mère qu'un enfant non autochtone.

Ces statistiques n'offrent qu'une image ponctuelle du quotidien des Autochtones hors réserve, mais le CAP a pu s'en servir pour établir que le logement, la pauvreté et le développement durant la petite enfance sont les premiers déterminants dont nous devrions nous occuper. En outre, le CPA établit un déterminant qui dépasse tous les autres qui ont été examinés jusqu'ici. J'ai nommé l'exclusion sociale. On entend par exclusion sociale le processus suivant lequel les gens se voient refuser la possibilité de participer aux différents aspects de la vie culturelle, économique, sociale et politique. Cette exclusion se manifeste de trois façons : premièrement, comme tous les Autochtones, les membres du CPA font l'objet de racisme et de discrimination dans leur vie de tous les jours. Les actes en question sont commis par la population générale. Ils contribuent aux stéréotypes négatifs et les aggravent, créant de ce fait des obstacles qui empêchent de nombreux Autochtones d'avoir accès aux services, y compris les services de santé.

Deuxièmement, nous sommes victimes d'exclusion du fait du maintien de politiques, de lois et de dispositions législatives qui contribuent à miner les chances d'épanouissement des

in a manner that is inclusive of the needs of all Aboriginal peoples and in a way that is respectful of the inherent right of Aboriginal people to self-determination, we will not see meaningful change.

The final and perhaps most detrimental form of social exclusion that CAP and its constituents face occurs as lateral violence. This type of violence manifests itself in our families, communities and organizational structures. It can be disguised and subtle in its delivery, but I can tell you from personal experience that it has been a significant obstacle for me in my day-to-day duties at CAP. We are responsible for bringing an off-reserve perspective on health issues to the table, but we are unable to do this unless we are at the table.

Lateral violence is a product of colonization and is typically used to describe the conditions of oppressed minority groups. For us, it amounts to a situation where the oppressed become the oppressors. It is a well-known, well-researched phenomenon that has effectively divided us as Aboriginal people into small factions, ultimately preventing us from becoming a stronger, more unified people. It is a very serious issue, rarely discussed openly, much less in a forum such as this. However, I sincerely believe that if we, as Aboriginal people, are to ever achieve optimal wellness, we need to stop the violence.

Sitting at this table today are some of the best and the brightest in Indian country. We are all very passionate in our work, and we hold the people we serve dear to our hearts. As we have heard today, each of us has valid points to make, and each issue is well worth addressing. While we may vary in distinction, status and place of residence, we should all agree that there is a health crisis occurring in our communities. We cannot change how severely impacted our people were and are by colonization, but we can certainly limit the future impacts by working together. Let us fight the good fight together, create a united front, collectively take responsibility and move forward in a positive and productive manner.

We might want to look back and remember who we are as people and as trained technicians and remember why we chose a career in health. When you think about the realities seen in the face of a hungry Aboriginal child, do you ask whether they have a status card or whether they live on a reserve? I see the face of a child who is desperately depending on me to get on with the task at hand. In the spirit of getting on with it, I invite you all to support the following recommendations: That the government immediately make it a priority to contribute to the creation of an environment that is conducive to the development of healthy working relationships between and among Aboriginal peoples and organizations by addressing the barriers that have been created and perpetuated through the existing legislation and policy — and that the efforts to do so include all Aboriginal

Autochtones. Tant que ces problèmes ne seront pas réglés d'une manière qui tient compte des besoins de tous les peuples autochtones et d'une manière qui respecte le droit inhérent des Autochtones à l'autodétermination, il n'y aura pas de changement significatif.

La dernière et peut-être la plus dommageable des formes d'exclusion sociale à laquelle le CPA et ses membres font face est la violence latérale. Ce type de violence se manifeste dans nos familles, dans nos communautés et dans nos structures organisationnelles. Elle peut s'exercer de manière déguisée et subtile, mais je peux vous dire d'après mon expérience personnelle qu'elle représente un obstacle très important aux activités que j'exerce quotidiennement au CPA. Nous avons pour responsabilité d'expliquer le point de vue des Autochtones hors réserve sur la santé au débat qui a lieu, mais nous ne pouvons le faire si nous en sommes absents.

La violence latérale est un produit de la colonisation. Le terme est utilisé d'ordinaire pour décrire la situation de groupes minoritaires opprimés. Pour nous, c'est un cas où l'opprimé devient l'opresseur. Il s'agit d'un phénomène bien connu qui nous a divisés, nous les Autochtones, en petites factions, nous empêchant finalement de former un peuple plus fort et plus uni. C'est une question très grave qui est rarement abordée ouvertement, encore moins sur une tribune comme celle-ci. Cependant, je crois sincèrement que si nous, les Autochtones, voulons un jour atteindre un niveau de bien-être optimum, nous devons mettre fin à la violence.

Sont présents à la table aujourd'hui certains des plus brillants éléments du monde indien. Nous sommes tous passionnés par notre travail et nous avons à cœur ceux pour qui nous travaillons. Comme nous l'avons entendu ici aujourd'hui, chacun d'entre nous a des arguments valables à présenter, et chacune des questions abordées mérite tout à fait que l'on s'y attarde. Notre compétence, notre statut et notre lieu de résidence ne sont peut-être pas les mêmes, mais nous devrions tous admettre qu'une crise de la santé sévit actuellement dans nos collectivités. Nous ne pouvons empêcher que la colonisation ait eu de graves répercussions sur les gens, mais nous pouvons certainement limiter les impacts à l'avenir, en travaillant ensemble. Joignons nos forces pour livrer un juste combat, formons un front uni, assumons collectivement la responsabilité et allons de l'avant de manière positive et productive.

Nous ferions peut-être bien de nous rappeler un peu notre passé et, si qualifiés que nous sommes, nous rappeler pourquoi nous avons choisi de faire carrière dans le domaine de la santé. Quant on pense à la réalité qui se reflète dans le visage d'un enfant autochtone qui a faim, est-ce qu'on se demande s'il a une carte d'indien inscrit ou s'il vit dans une réserve? Quant à moi, je vois le visage d'un enfant qui compte désespérément sur le fait que je m'occupe de lui. Comme il faut agir, je vous invite tous à appuyer les recommandations suivantes : que le gouvernement agisse immédiatement et en priorité pour créer un environnement qui est propice au développement d'une relation de travail saine entre les peuples et les organismes autochtones et au sein de ces groupes en s'attaquant aux obstacles qui ont été érigés et qui demeurent en place à cause des dispositions législatives et des politiques

people as full partners; that the government address the immediate and long-term health capacity needs within Aboriginal communities and organizations in an equitable manner; that the government take immediate measures to address population health information and health data tracking methods currently in use that are representing only a small portion of the total Aboriginal population in need; that the government develop, in partnership with national Aboriginal organizations, a report-card mechanism that will allow us to monitor progress.

Ms. Dickson: Thank you for the opportunity to contribute to today's discussion. I bring greetings from Pauktuutit's 14-member board of directors, especially from our chair, Martha Greig, who lives in Kuujuaq, Quebec and sends her wishes for success.

Pauktuutit is the national organization that represents all Canadian Inuit women. For today, Pauktuutit and ITK have agreed to capitalize on the short presentation time by sharing topics. ITK covered acculturation, productivity and social safety nets, and I will introduce the topics of quality of early life, housing, and gender-based analysis, all in the context of population health.

Today, the average age of Inuit is less than 20 years. Over the past 50 years, rapid changes to family structure and way of life have led to the need for parents to work beyond the family to support their children. According to the 2001 Statistics Canada census — from which all my numbers come, as those are the most recent numbers we have — half the Inuit population is women or female children under the age of 15. In addition, almost 20 per cent of Inuit males are under the age of 15. Therefore, almost 70 per cent of the entire Inuit population is Inuit women and children.

In 2000, Nunavut reported the highest teenage pregnancy rates in the country, 161.3 per 1,000 births, compared to a national average of 38, or four times the Canadian average. The Canadian Perinatal Health Report 2003 concluded that younger mothers are more likely to smoke and binge drink and less likely to breast feed, or breast feed for shorter periods of time than older mothers. The report states that a higher percentage of teenage mothers are victims of physical and sexual abuse during pregnancy.

Today, many families in Northern communities rely on child care arrangements outside the home or extended family. Program staff at licensed daycare centres, Aboriginal Head Starts and nursery schools now serve approximately 2,000 children across the entire North.

actuelles — et que les efforts en ce sens incluent tous les peuples autochtones à titre de partenaires à part entière; que le gouvernement agisse équitablement et aide les collectivités et les organisations autochtones à se munir de la capacité de répondre aux besoins en santé de la population, immédiatement et à long terme; que le gouvernement prenne des mesures immédiates pour pallier aux méthodes actuellement utilisées pour recueillir des informations et des données sur la santé, qui ne représentent qu'une faible part de la population autochtone dans le besoin; que le gouvernement mette au point, dans le cadre d'un partenariat avec les organismes autochtones à vocation nationale, un système de bulletin qui nous permettra de suivre les progrès accomplis.

Mme Dickson : Merci de l'occasion que vous m'offrez de contribuer au débat. Je vous transmets les salutations des 14 membres du conseil d'administration de Pauktuutit, surtout de notre présidente, Martha Greig, qui vit à Kuujuaq, au Québec, et qui vous fait part de ses vœux de succès.

Pauktuutit est l'organisme national qui représente toutes les femmes inuites du Canada. Pauktuutit et ITK ont convenu de profiter de la brève période dont ils disposent aujourd'hui pour se partager les thèmes à aborder. ITK a traité de l'acculturation, de la productivité et des filets de sécurité sociale. Je vais présenter les thèmes de la qualité de vie pendant l'enfance, du logement et de l'analyse comparative entre les sexes, et ce, du point de vue de la santé de la population.

Aujourd'hui, l'âge moyen des Inuits est inférieur à 20 ans. Au cours des 50 dernières années, par suite du changement rapide de notre structure familiale et de notre mode de vie, les parents ont dû travailler à l'extérieur de la famille pour subvenir aux besoins de leurs enfants. Selon le recensement de 2001 de Statistique Canada — d'où je prends mes statistiques, car ce sont les plus récentes que nous ayons —, la moitié de la population inuite se compose de femmes ou de filles de moins de 15 ans. De plus, près de 20 p. 100 de la population inuite de sexe masculin a moins de 15 ans. D'après ces chiffres, les femmes inuites et leurs enfants constituent près de 70 p. 100 de la population inuite.

En 2000, le Nunavut a enregistré le taux de grossesses chez les adolescentes le plus élevé du pays, soit 161,3 pour 1 000 naissances comparativement à la moyenne nationale de 38,2, ou quatre fois plus que la moyenne canadienne. Selon la conclusion du rapport sur la santé périnatale au Canada de 2003, les jeunes mères sont plus susceptibles de fumer et de consommer de l'alcool de façon excessive à l'occasion, et moins susceptibles que les mères plus âgées de pratiquer l'allaitement maternel, sinon elles allaitent pendant une période plus courte. Selon le rapport, un pourcentage plus élevé de mères adolescentes est victime de violence physique et sexuelle pendant la grossesse.

Aujourd'hui, bien des familles de nos collectivités du Nord font garder les enfants à l'extérieur du foyer ou de la famille élargie. Le personnel des garderies accréditées, du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones et des prémamanes répond aux besoins d'environ 2 000 enfants dans tout le Nord.

Families and communities advocate for programs that implement parenting and support services with the belief that healthy parents and families make healthy children and communities. Early childhood education programs in Northern communities do more than provide care while parents work or train; they have the capacity to pass on the knowledge, values and beliefs of Inuit ancestors. At their best, programs in the early years give children hope, strength and pride in who they are as Inuit. However, only 29 per cent of Inuit children have access to licensed daycare compared to 54 per cent of all Canadian children who receive it.

The second item I will address is housing. National statistics tell the story: Half of Inuit live in overcrowded conditions and almost 40 per cent of them are considered to be in core need, meaning they do not live in and cannot access acceptable housing. The North is locked into a housing crisis that is worsening daily as the population booms and existing housing stock ages. In 2004, it was estimated that 3,000 public housing units were needed immediately just to bring overcrowding in Nunavut on a par with the rest of Canada.

A unique set of factors intersect in Canada's North that complicate the current housing crisis, shaped by several key socio-economic and environmental factors: A harsh climate, remote geography, extremely small population base, lack of road or rail access, underdeveloped infrastructure systems and the high cost of labour and materials combine to prevent the development of the kind of housing market that encourages private investment in Southern Canada. Consequently, the creation of new housing supply is heavily dependent on public sector involvement.

Over 99 per cent of public housing residents in Nunavut are Inuit, and many of their names are on lengthy public-housing waiting lists. For many people, this means years of waiting while multiple families live together and sleep in shifts in homes that average less than 1,000 square feet. Public-housing waiting lists continually exceed 1,000 families or about 3,800 people. Suitable, adequate living space has become a scarce resource rather than a basic right, and appropriate solutions for women in transition in abusive circumstances are almost unheard of.

In addition to existing levels of overcrowding, Canada's high North faces a birth rate of more than twice the Canadian average. Another factor relevant to the escalating housing crisis is that the median age of the Inuit population is 19.1 years old.

Les familles et les collectivités préconisent des programmes d'éducation des enfants et de soutien familial parce qu'elles croient que des familles et des parents en santé sont synonymes de collectivités et d'enfants en santé. Les programmes d'éducation de la petite enfance dans les collectivités du Nord ne se limitent pas à offrir des services de garde pendant que les parents travaillent ou assistent à une formation; ils peuvent transmettre les connaissances, les valeurs et les croyances des ancêtres inuits. Les meilleurs programmes offerts pendant les premières années donnent aux enfants de l'espoir et de la force, et font qu'ils sont fiers d'être des Inuits. Cependant, 29 p. 100 seulement des enfants inuits ont accès à des services de garde accrédités contre 54 p. 100 des enfants canadiens dans l'ensemble.

Le deuxième dossier que je vais aborder est celui du logement. Les statistiques nationales permettent de brosser le portrait de la situation : la moitié des Inuits vivent dans des logements surpeuplés, et près de 40 p. 100 d'entre eux sont considérés comme ayant des besoins impérieux, c'est-à-dire qu'ils ne vivent pas dans un logement acceptable et qu'ils n'ont pas accès à un tel logement. Le Nord est aux prises avec une crise du logement qui s'aggrave tous les jours, car la population augmente rapidement, et le parc de logements vieillit. En 2004, selon les estimations, il aurait fallu aménager immédiatement 3 000 unités de logements seulement pour que le surpeuplement des logements au Nunavut corresponde à ce qui est observé dans le reste du Canada.

Un ensemble particulier de facteurs observés dans le Nord canadien exacerbe la crise actuelle du logement, qui résulte de plusieurs grands facteurs socio-économiques et environnementaux : un climat rigoureux, l'éloignement, une population de base extrêmement peu nombreuse, le manque de routes ou d'accès par chemin de fer, des infrastructures sous-développées et les coûts élevés de la main-d'œuvre et des matériaux se combinent pour empêcher le développement du genre de marché du logement qui encourage les investissements privés dans le Sud du pays. Par conséquent, la construction de nouveaux logements dépend en grande partie de la participation du secteur public.

Plus de 99 p. 100 des résidents des logements sociaux au Nunavut sont inuits, et le nom de bon nombre d'entre eux figure sur de longues listes d'attente pour l'obtention d'un logement public. Bien des gens attendent un logement pendant des années, alors que de multiples familles vivent ensemble et dorment à tour de rôle dans des logements dont la superficie est inférieure à 1 000 pieds carrés. Les listes d'attente renferment toujours le nom de plus de 1 000 familles, soit environ 3 800 personnes. Les surfaces habitables convenables et adéquates sont devenues une ressource rare plutôt qu'un droit fondamental. Quant à quelques mesures destinées aux femmes vivant une transition, ayant été victimes de violence, c'est pratiquement inexistant.

En plus des niveaux de surpeuplement actuels, le Nord canadien fait face à un taux de natalité qui est plus de deux fois plus élevé que la moyenne canadienne. Un autre facteur contribue à la crise du logement : l'âge médian de la population inuite, qui est plus élevé, soit 19,1 ans.

Inadequate, unsuitable, overcrowded housing has long been linked to community and social well-being. There is increasing evidence, for example, that overcrowded conditions have direct health effects upon household members, especially infants. According to Health Canada, overcrowded housing conditions are directly associated with the transmissions of such infectious diseases as tuberculosis.

Overcrowding also affects families by increasing the risk of injuries, mental health problems, family tensions and, of course, violence. These stressors are powerful negative triggers for coping behaviours such as dependence on alcohol and drugs, and suicide. The rate of suicide in the North is six times higher than that for Canada as a whole. Such behaviours, in turn, are two of the most common recurring themes encountered within the justice system — behaviours with profound effects on the lives of the aggressors, their victims and Canada's North as a whole. Children in overcrowded stressful homes often exhibit low attendance and success rates in school.

Poor indoor air quality in overcrowded homes is a major cause of respiratory ailments, so tuberculosis rates fluctuate from 17 to 25 times higher than the rest of Canada — depending on outbreaks — and Northern communities have the highest incidence of bronchiolitis in the world. Dr. Anna Banerji's work at the Baffin Regional Hospital found that respiratory tract infections among Inuit infants were 306 per 1,000. This number is unheard of in the First World. Housing and income examples will show a more accurate assessment of Inuit health conditions only if Inuit indicators are separate from non-Inuit indicators.

I would like to touch on culturally relevant gender-based analysis that my colleague from NWAC mentioned as well, that being medical and social health differences between Inuit women and men in the four regions. Inuit women and families have specific health issues and needs based on their unique social, cultural and environmental situations that may vary greatly in comparison to the health and social issues facing Inuit men. The main conceptual approach employed by policy-makers and governments to uncover and explain these differences is gender-based analysis, GBA, an analytical tool that systematically integrates a gender perspective into the development of policies, programs and legislation. It is a general policy across the Government of Canada, but it is implemented almost nowhere with regard to Inuit matters.

One of the striking observations from Pauktuutit's research is that although there is a disaggregation of data by sex, there is little or no research on gender — on social or cultural roles of Inuit women and men and how these might impact health. The gap speaks to the need for an Inuit GBA and indicators that capture the interaction between gender roles and the health of Inuit. For example, we need an indicator that inquires whether

On a établi depuis longtemps un lien entre les logements insalubres, inappropriés et surpeuplés, et le bien-être collectif. Les données portent de plus en plus à croire, par exemple, que le surpeuplement a des effets directs sur la santé des membres des ménages — en particulier les nourrissons. Selon Santé Canada, les logements surpeuplés sont liés directement à la transmission de maladies infectieuses comme la tuberculose.

Le surpeuplement touche également les familles en accroissant les risques de blessures, les problèmes de santé mentale, les tensions familiales et, bien sûr, la violence. Ces facteurs de stress sont de puissants déclencheurs de comportements négatifs à l'origine d'une dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues, et du suicide. Le taux de suicide dans le Nord est six fois plus élevé qu'ailleurs au Canada. Ces comportements figurent parmi ceux qui reviennent le plus souvent dans le système de justice — comportements qui ont des effets profonds sur la vie des agresseurs, de leurs victimes et du Nord canadien dans son ensemble. Les enfants qui vivent dans les logements surpeuplés où règne le stress affichent souvent de faibles taux de fréquentation scolaire et de réussite.

La piètre qualité de l'air intérieur dans les maisons surpeuplées est une cause importante de difficultés respiratoires; par conséquent, le taux de tuberculose est de 17 à 25 fois plus élevée que dans le reste du Canada — selon les écloisions — et les collectivités du Nord présentent l'incidence la plus forte de bronchiolite dans le monde. Selon les travaux de la Dre Anna Banerji au Baffin Regional Hospital, le taux d'infection des voies respiratoires chez les enfants inuits en bas âge s'élevait à 306 pour 1 000. C'est du jamais vu pour un pays industrialisé. Une évaluation plus précise de l'état de santé des Inuits n'est possible que si les indicateurs relatifs aux Inuits sont dissociés des indicateurs qui s'appliquent aux autres.

Je voudrais aborder la question des analyses comparatives entre les sexes compte tenu des différences culturelles. Ma collègue de l'AFAC en a parlé aussi. Il s'agit des différences observées entre les femmes et les hommes inuits dans les quatre régions sur les plans médical et social. Les femmes et les familles inuites ont des problèmes et des besoins précis en matière de santé, étant donné que leur situation sociale, culturelle et environnementale peut varier considérablement. Les difficultés sociales et problèmes de santé des Inuits de sexe masculin ne sont pas les mêmes. La principale approche conceptuelle qu'utilisent les décideurs et l'État afin d'examiner et d'expliquer ces différences est l'analyse comparative entre les sexes, ou ACS, soit un outil d'analyse qui tient systématiquement compte des sexospécificités dans l'élaboration de politiques, de programmes et de lois. C'est une politique qui s'applique à l'ensemble du gouvernement du Canada, mais c'est une politique qui n'est mise en œuvre pratiquement nulle part en ce qui concerne les Inuits.

D'après une des observations frappantes des travaux de recherche de Pauktuutit, même si les données sont désagrégées par sexe, il n'y a à peu près pas de recherches qui se fassent en fonction du sexe — sur les rôles sociaux et culturels des femmes et des hommes inuits, et leur effet possible sur la santé. Cette lacune fait ressortir la nécessité d'établir une ACS chez les Inuits et d'appliquer des indicateurs qui révèlent l'interaction entre les rôles

the gender division of traditional land-based activities — women staying at home or in camp and being more sedentary, while men are more active in hunting — puts Inuit women at greater risk for developing diabetes. Similarly, there should be indicators related to diet and gender. Do gender roles impact Inuit women's increased or decreased access to and consumption of country food? An indicator that may shed light on domestic violence is one being used by researchers looking at overcrowding in Kinngait, Nunavut Territory. The Kinngait study discovered that the lack of access to outpost camps or hunting equipment for men significantly increased anxiety in women in overcrowded homes. The study speculated the following:

... that women may be anxious about the impact that not having equipment might have on the men in their lives and the implications for them of the depression, boredom and anger that this generates. Women may also be anxious about not being able to provide food for Elders and children, for whom they are entirely responsible.

This issue and indicator raise another point of departure from southern gender-based analysis of issues such as domestic violence and prevention of abuse. As Pauktuutit's national abuse project — *Nuluaq Project* — shows through its research with Inuit women elders, the approach to abuse prevention in the Inuit way operates from a different perspective than southern abuse prevention. Indicators that shed light on these differences should also be part of Inuit GBA on women's health.

I have touched on these three areas; I am sorry to be so brief.

Canadian population health is the foundation for the future of the country. For Canada's Inuit, precarious health is undermining the very existence of this ancient culture. Thank you for listening to the briefest of presentations. Identifying old, new and emerging issues for Inuit is often complicated by a lack of hard data and by a reluctance to use innovative anecdotal indicators in research. Inuit-specific health data is often extrapolated from larger pools of Aboriginal data collected mainly in Southern Canada. For Inuit to adequately plan and prioritize health issues, to identify changing trends and disease, data must be collected for Inuit. Pauktuutit would be glad to help any way we can.

Mr. Gay: Good morning. I am a policy analyst for the National Association of Friendship Centres, NAFC. Today, I wish to provide brief remarks on the themes that shape our work in addressing the social determinants of health. I will provide comments on urban Aboriginal children; key

des sexes et la santé chez les Inuits. Par exemple, il nous faut un indicateur de la répartition par sexe des activités traditionnelles relatives aux terres — les femmes qui restent au foyer ou au camp et qui sont plus sédentaires, alors que les hommes, plus actifs, pratiquent la chasse. Ce rôle plus sédentaire fait-il courir aux familles inuites un risque plus grand de devenir diabétiques? De même, les indicateurs portant sur le régime alimentaire des hommes et des femmes : les rôles des sexes ont-ils un effet sur la consommation accrue ou réduite par les femmes inuites d'aliments traditionnels? Un indicateur qui pourrait jeter un éclairage sur la violence familiale est celui auquel recourent les chercheurs qui étudient le surpeuplement à Kinngait, dans le territoire du Nunavut. L'étude de Kinngait a révélé que le manque d'accès aux camps éloignés ou à l'équipement de chasse chez les hommes a fait monter considérablement l'anxiété chez les femmes dans les maisons surpeuplées. Selon l'étude en question :

[...] les femmes peuvent craindre l'incidence que le fait de ne pas avoir d'équipement pourrait avoir sur les hommes dans leur vie et les répercussions sur elles de la dépression, de l'ennui et de la colère que cela produit. Les femmes peuvent aussi craindre de ne pas pouvoir nourrir les aînés et les enfants, dont elles sont entièrement responsables.

Cette question et cet indicateur font ressortir une autre différence par rapport à l'analyse entre les sexes qui est faite dans le Sud en ce qui concerne des problèmes comme la violence conjugale et la prévention de la violence. Comme l'a montré le projet national relatif à la violence — le *Nuluaq Project* —, à la suite de recherches menées auprès des aînées inuites, l'approche de la prévention de la violence chez les Inuits est fondée sur un point de vue différent de celle qui s'applique dans le Sud. Les indicateurs qui ont mis en lumière ces différences devraient également faire partie d'une ASC sur la santé des femmes inuites.

Je vous ai touché un mot de ces trois questions; je suis désolée de devoir les aborder si sommairement.

La santé de la population canadienne est la base de l'avenir du pays. Dans le cas des Inuits du Canada, leur santé précaire mine l'existence même d'une culture ancienne. Je vous remercie d'avoir écouté ce trop bref exposé. Il est souvent difficile de définir les enjeux anciens et nouveaux concernant la santé des Inuits en raison du manque de données précises et de la réticence à utiliser des indicateurs empiriques novateurs dans les études. Les données sur la santé des Inuits sont souvent extrapolées à partir des données plus générales sur les Autochtones recueillies surtout dans le Sud du Canada. Pour que les Inuits puissent planifier adéquatement et établir des priorités en matière de santé, et dégager l'évolution des tendances et des maladies, il faut réunir des données sur les Inuits. Pauktuutit serait heureux de vous aider de quelque façon que ce soit.

M. Gay : Bonjour. Je suis analyste des politiques à l'Association nationale des centres d'amitié, l'ANCA. Aujourd'hui, je voudrais traiter brièvement des thèmes qui marquent le travail que nous faisons en rapport avec les déterminants sociaux de la santé. Je formulerai des observations

determinants; poverty and securing a better start in life; policy options; and the friendship centre advantage.

The committee has received an earlier submission from the NAFC, which I will reference briefly. More detailed numbers are available in that document from March 10, 2007.

The committee has heard extensive testimony on what the most appropriate social determinants could be. There is ample existing evidence garnered from earlier efforts such as the work done for the *Ottawa Charter for Health Promotion* and more recently the *Bangkok Charter for Health Promotion* done under the auspices of the World Health Organization.

Significantly, there is increasing international recognition of urban Indigenous peoples as a distinct community requiring a more thorough examination of their specific challenges, strengths and steps for improving quality of life as evidenced by this year's work by the World Health Organization Commission on Social Determinants of Health and, more importantly, the United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues, which took place May 2007.

The NAFC is pleased to appear before the committee as we believe that our expertise, insight and knowledge can provide invaluable insight into the challenges and opportunities that lay ahead in addressing the urban Aboriginal population.

The National Association of Friendship Centres is Canada's only urban Aboriginal service delivering infrastructure dedicated to improving the quality of life for Aboriginal peoples in an urban environment by supporting self-determined activities that encourage equal access to participation in Canadian society, and which respect and strengthen the increasing emphasis on Aboriginal cultural distinctiveness. Self-determination is the core value at the heart of our organization, and everyone here reflected that that is probably the principal determinant thus far.

It must be considered that 71 per cent of all Aboriginal people in Canada live off-reserve. The results of the 2006 census will show further important gains for the urban Aboriginal community.

There was a good discussion on poverty and income levels. More than 100,000 Aboriginal children do not live on-reserve but reside in urban, rural and remote communities that struggle under the weight of poverty. The reality is stark with poverty rates faced by Aboriginal people exceeding 50 per cent. In these communities, 52.1 per cent of all Aboriginal children are poor. We can agree that Statistics Canada has pointed out some troubling numbers. Over the course of the current year, the National Council of Welfare will be doing a special study on Aboriginal poverty.

sur les enfants autochtones en milieu urbain, sur les principaux déterminants, sur la pauvreté et la manière de mieux assurer le départ d'une personne dans la vie, sur les politiques possibles et sur l'avantage du centre d'amitié.

Le comité a déjà reçu un mémoire de l'ANCA, auquel je me reporterai brièvement. Pour des statistiques plus détaillées, voir le document en question, qui remonte au 10 mars 2007.

Le comité a eu droit à d'autres témoignages sur ce qui constituerait les déterminants sociaux les plus convenables. Il existe à ce sujet une abondance d'informations grâce aux efforts déjà déployés, notamment dans le contexte de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et, il y a moins longtemps, de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé.

Fait important, de plus en plus, il est reconnu à l'échelle internationale que les peuples autochtones vivant en milieu urbain forment une communauté distincte dont il faut étudier plus à fond les difficultés et les forces, et pour laquelle il faut imaginer les étapes d'une marche à suivre en vue de l'amélioration de la qualité de la vie, comme en fait la preuve le travail accompli l'an dernier par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé et, ce qui est encore plus important, par l'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones en mai 2007.

L'ANCA est heureuse de venir témoigner devant le comité. Nous croyons que notre expertise, nos connaissances et le point de vue éclairé que nous avons sur la question permettra de faire la lumière, chose inestimable, sur les défis et les occasions qui se présentent au sein de la population autochtone en milieu urbain.

L'Association nationale des centres d'amitié représente le seul élément d'infrastructure pour le service aux Autochtones en milieu urbain qui se consacre à l'amélioration de la qualité de vie des peuples autochtones dans le contexte urbain, c'est-à-dire en favorisant la réalisation d'activités autodéterminées qui encouragent un accès égal à la participation aux affaires de la société canadienne et qui respectent et renforcent le caractère culturel distinct des Autochtones. L'autodétermination est la valeur centrale de notre organisation, et chacun a fait valoir jusqu'à maintenant que c'est probablement le principal déterminant.

Il faut songer au fait que 71 p. 100 des Autochtones du Canada vivent en dehors d'une réserve. Les résultats du recensement de 2006 font voir que la population urbaine des Autochtones a encore augmenté.

Il y a eu une bonne discussion sur la pauvreté et les niveaux de revenu. Plus de 100 000 enfants autochtones ne vivent pas dans une réserve. Ils habitent plutôt dans un centre urbain ou dans une localité rurale et éloignée qui se débat avec un problème de pauvreté. Réalité redoutable : le taux de pauvreté des Autochtones est supérieur à 50 p. 100. Dans les collectivités en question, 52,1 p. 100 des enfants autochtones sont pauvres. Nous pouvons nous entendre pour dire que Statistique Canada a établi des statistiques inquiétantes. Durant l'année, le Conseil national du bien-être social réalisera une étude spéciale sur la pauvreté chez les Autochtones.

Ensuring that Canada's Aboriginal children are born healthy, provided with healthy preschool environment with quality infant and child development programs that incorporate measures that provide adequate and appropriate nutrition to be able to grow and learn are undisputed positive investments.

In response to the substantial scientific and economic evidence in support of early learning programs and services, many friendship centres deliver a wide spectrum of programs, including the Aboriginal Head Start, the Community Action Program for Children and the Canada Prenatal Nutrition Program, in urban communities. We provide a focused suite of services dedicated to our Aboriginal children. We would like to see those suites of services available in many more communities.

The persistence of staggering inequalities in Aboriginal children's opportunities continues to be Canada's shame. I will address some policy options. I noticed your first discussion on this with Dennis Raphael, Dr. John Millar and Ronald Labonte. They talked importantly about the existing health barriers to addressing the work that you want to do. I will offer some suggestions focused on that thematic approach. We recommend that we invest early and heavily.

Investments in early learning and child care programs are one means of guaranteeing the rights of young children, by improving their well-being in part and preparing them for primary school. The immediate and long-term benefits make such programs a cost-effective strategy for reducing poverty and offsetting disadvantage. Situating these investments in a family-focused environment, such as friendship centres, generates considerable spillover, both in impact and outcome.

Current social and economic trends, including mobility, increasing urbanization and urban Aboriginal women's increasing education and economic independence are transforming Aboriginal family structures and spurring the demand for more organized early learning, child care and education services.

Today, nearly universal coverage in urban Aboriginal communities remains a distant reality. Early childhood programs are accessible by just a fraction of the population, typically affluent urban families.

We also recommend that you provide, given choices, targeted investments. Targeting of urban Aboriginal childhood investments and ensuring universal coverage are promising approaches to improve the equity and reduce inequalities and disparities that show no positive progress. In fact, the evidence

S'assurer que les enfants autochtones du Canada naissent en santé, qu'ils peuvent évoluer dans un contexte préscolaire sain grâce à de bons programmes de développement des nourrissons et des petits enfants qui prévoient des mesures permettant de garantir une nutrition adéquate et appropriée, pour que les petits puissent bien croître et apprendre : voilà qui représente indubitablement un investissement positif.

Compte tenu des importantes données scientifiques et économiques les programmes et services d'apprentissage de la petite enfance, bon nombre de centres d'amitié proposent une vaste gamme de programmes du genre, dont le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, le Programme d'action communautaire pour les enfants et le Programme canadien de nutrition prénatale, en milieu urbain. Nous fournissons un ensemble de services ciblés qui s'adressent à nos enfants autochtones. Nous aimerions que les services ciblés en question soient offerts dans un nombre beaucoup plus grand de collectivités.

La persistance d'inégalités ahurissantes en ce qui concerne les possibilités pour les enfants autochtones demeure la honte du Canada. Je vais traiter de certaines politiques possibles à cet égard. J'ai suivi la première discussion que vous avez eue à ce sujet avec Dennis Raphael, John Millar et Ronald Labonté. Fait important : ils ont parlé des obstacles existants au travail que vous souhaitez accomplir du point de vue de la santé. J'offrirai quelques propositions qui s'articulent autour de l'approche thématique. Notre recommandation se décline comme suit : aux petits enfants les grands investissements.

Investir dans les programmes de garde d'enfants et d'éducation de la petite enfance représente une façon de garantir les droits des jeunes enfants, car on améliore ainsi leur bien-être, en partie, et qu'on les prépare à fréquenter une école primaire. Les avantages immédiats et à long terme de tels programmes renvoient à une stratégie rentable de réduction de la pauvreté et de compensation des inégalités. Situer les investissements en question dans un contexte où prime la famille, par exemple dans un centre d'amitié, présente un effet d'entraînement considérable, à la fois pour les répercussions et pour les résultats.

Les tendances sociales et économiques de l'heure, y compris la mobilité, l'urbanisation croissante et l'augmentation de la scolarité et de l'indépendance économique des femmes autochtones ont pour effet de transformer les structures familiales autochtones et de stimuler la demande à l'égard de services mieux organisés pour ce qui est de la garde des enfants et de l'éducation de la petite enfance.

En ce moment, une protection quasi-universelle des groupes autochtones en milieu urbain demeure un rêve lointain. Les programmes d'éducation de la petite enfance sont accessibles pour une petite fraction seulement de la population, le plus souvent des familles nanties en milieu urbain.

Nous vous recommandons aussi de prévoir, étant donné les choix faits, des investissements ciblés. Choisir de cibler les enfants autochtones en milieu urbain et envisager une couverture universelle sont des approches prometteuses pour améliorer l'équité et réduire les inégalités et les disparités, là où les

demonstrates that a rising tide does not lift all boats. Ensuring universality of these investments produces both qualitative and quantitative gains.

Many friendship centres have developed significant expertise in policy program design for urban Aboriginal child services and supports. Rather than reinvent the wheel time and again, it might be worthwhile to evaluate those efforts that are proving to have positive impact, then deciding whether these efforts could be replicated in other communities, leading to scaled-up strategies both at the regional and national levels.

There are two possible approaches to scaling up such interventions, which include the expansion of publicly funded programs focused on urban Aboriginal and other children by enshrining such rights in legislation. This would have significant funding implications, but the benefit is potentially widespread support from the middle-class and poorer families with children. It would be more costly.

Another approach would be to target urban Aboriginal children and their families. The evidence suggests that larger gains can be realized from interventions targeting urban Aboriginal children and their families. However, the prospect of inaction should be troubling for all Canadians.

We need to strengthen oversight. Most of Canada's urban Aboriginal children's programming, aside from kindergarten to grade 12 education, is discretionary, leaving these programs increasingly vulnerable. Demographics, political and ideological shifts and competing government priorities at all levels put these resources at risk.

Arguments suggesting that tax incentives would supplement these reductions to government budgets are tenuous at best and certainly arguable on their merit. If we are to learn from the recent past, tax cuts and incentives distort reality, which regularly demonstrates that such cuts ultimately translate into the reduction of services and programs, particularly those that serve Canada's most vulnerable citizens.

I would like to comment on the fiscal pressures that Canada faces, in light of the aging population, from the increased need for health and social services for the elderly and a shrinking labour pool resulting from the retirement of the baby boom generation. These fiscal pressures will impede our ability to ensure that urban Aboriginal people have the ability to address the full range of the social determinants of health.

I note that there appears to be a shared expert opinion in Canada that we should maintain an attitude of "Don't worry, be happy." I am sure there is good reason for Canadians to be optimistic on the sustainability of their pension and health care

progrès ne viennent pas. De fait, les données font voir que la croissance ne profite pas à tous. Garantir l'universalité des investissements en question permet d'obtenir des gains tant qualitatifs que quantitatifs.

De nombreux centres d'amitié ont acquis une expertise considérable en conception de programmes touchant les services et autres mesures de soutien à l'intention des enfants autochtones en milieu urbain. Plutôt que de réinventer la roue, il vaudrait peut-être la peine d'évaluer les efforts qui produisent déjà un impact positif, puis de déterminer s'il serait possible de les reproduire ailleurs, ce qui donnerait des stratégies appliquées à plus grande échelle, soit l'échelle régionale ou l'échelle nationale.

L'expansion des interventions ainsi envisagées peut reposer sur deux approches, soit l'expansion des programmes financés à même les deniers publics pour les enfants autochtones ou autres en milieu urbain, soit l'inscription des droits inscrits dans une loi. Cela comporterait d'importantes répercussions sur le plan du financement, mais le bienfait serait de forts appuis de la part des gens de la classe moyenne et des pauvres qui ont des enfants. Ce serait plus coûteux.

Une approche consisterait à cibler les enfants autochtones des villes et leur famille. Les données laissent supposer que les gains seraient plus grands si les interventions étaient ciblées sur les enfants autochtones des villes et leur famille. À l'inverse, la perspective du statu quo devrait inquiéter tous les Canadiens.

Nous devons renforcer le travail de surveillance. La plupart des programmes canadiens à l'intention des enfants autochtones en milieu urbain, outre l'école de la maternelle à la 12^e année, sont discrétionnaires. Autrement dit, ils sont de plus en plus vulnérables. L'évolution de la donne démographique, politique et idéologique et les priorités gouvernementales contradictoires à tous les niveaux mettent ces ressources en péril.

Certains avancent que des mesures d'incitation de nature fiscale pourraient compenser les réductions ainsi apportées aux budgets gouvernementaux, mais ce sont là des arguments ténus dont les mérites sont certainement contestables. Le passé récent nous le fait voir : les baisses d'impôt et mesures d'incitation déforment la réalité, et on voit périodiquement que de telles baisses se traduisent par une réduction des services et des programmes, et particulièrement ceux qui sont destinés aux citoyens les plus vulnérables du Canada.

J'aimerais parler des pressions financières qui s'exercent sur le Canada, du fait de sa population vieillissante, du besoin accru de services de santé et sociaux chez les personnes âgées et de la diminution du bassin des travailleurs liée à la retraite des membres de la génération de l'après-guerre. Les pressions financières en question nuiront à notre capacité de nous assurer que les Autochtones en milieu urbain sont en mesure d'agir sur toute la série des déterminants sociaux de la santé.

Je sais qu'il existe au Canada une sorte d'avis d'expert commun selon lequel il faudrait se dire : faites fi de vos tracas et soyez heureux. Je suis sûr qu'il y a une bonne raison pour laquelle les Canadiens voient avec optimisme la viabilité de leur système de

system. However, I am uneasy when the U.S. Comptroller General has been touring their nation with some sobering numbers about their impending economic meltdown.

What will be the macroeconomic spillover effects when the 1,000 pound gorilla south of our border starts to panic? I wonder what the impact will be on our domestic health care professionals, as they are increasingly poached from our universities, colleges and communities.

Then again, are we acting responsibly when we recruit from the Third World? I wonder what it does to our credibility when we tell others to do what we say and not what we do.

My main point here is that there will be an increasing demand for Canada's skilled health care professionals from south of our border, the consequence being that costs will increase, access will be reduced and investments in discretionary services addressing the social determinants of health will become increasingly vulnerable to nervous parliamentarians, if not eliminated outright.

These macroeconomic realities will leave urban Aboriginal peoples and all Aboriginal peoples increasingly vulnerable. Ideology and partisanship have infused an emotional component into which should be an evidentiary-based and thoughtful discussion. The absence of independent and rigorous economic analysis of government proposals and expenditures should be of concern for all parliamentarians, and it is a concern for the public.

The creation of a parliamentary budget officer as set out in the new Federal Accountability Act that has explicit responsibility for analysis related to Parliament's consideration of government budgets, as well as the cost implications for private member's bills and parliamentary initiatives, is seen by many as a logical step mirroring the Congressional Budget Office in the U.S. As a positive consequence, investments and budgetary plans such as those called for under the most recent federal budget would be closely scrutinized, debated and subject to rigorous oversight. This may translate good intentions into progressive policy.

I turn now to the friendship centre advantage.

In many urban centres, friendship centres are the institutions that are most frequently used by urban Aboriginal residents, after health and educational institutions. If you walk into any Aboriginal community, any Aboriginal high school, and ask the students or individuals whether they have been to a friendship centre, all of them will at least acknowledge that they know what a friendship centre is. Our brand is similar to the United Way; everyone knows what we do and what we deliver.

pensions et de soins de santé. Cependant, je deviens mal à l'aise lorsque le contrôleur général des États-Unis fait le tour de son pays pour présenter des statistiques inquiétantes à propos de l'imminence d'un effondrement économique.

Quels seront les effets d'entraînement du sentiment de panique qui s'emparera des États-Unis? Je me demande quel sera l'impact sur nos professionnels canadiens de la santé, qui sont de plus en plus victimes du maraudage et repêchés dans nos universités, nos collèges et nos collectivités.

Par ailleurs, est-ce que nous agissons de manière responsable lorsque nous recrutons des gens du Tiers monde? Je me demande ce qui arrive à notre réputation lorsque nous disons aux gens de faire une chose que nous ne faisons pas nous-mêmes.

Là où je veux en venir, essentiellement, c'est qu'il y aura une demande plus grande à l'égard de professionnels canadiens de la santé du côté des États-Unis, la conséquence étant que les coûts vont augmenter, que l'accessibilité sera réduite et que les investissements dans les services discrétionnaires en rapport avec les déterminants sociaux de la santé seront de plus en plus vulnérables à la volonté de parlementaires nerveux, s'ils ne disparaissent pas complètement.

Cette réalité macroéconomique étant, les Autochtones en milieu urbain et tous les Autochtones, de fait, seront de plus en plus vulnérables. L'idéologie et l'esprit sectaire ont ajouté une dimension émotive à ce qui serait autrement une discussion mûrement réfléchie reposant sur les faits. L'absence d'analyses économiques indépendantes et rigoureuses des propositions et des dépenses gouvernementales devrait préoccuper tous les parlementaires; cela préoccupe le public.

La nouvelle Loi fédérale sur la responsabilité prévoit la création du poste de directeur parlementaire du budget, chargé expressément d'analyser les budgets du gouvernement pour le compte du Parlement, sans oublier les coûts des projets de loi émanant des députés et du gouvernement. De nombreux observateurs y voient une étape logique d'un certain cheminement qui se fait le miroir du travail du Congressional Budget Office aux États-Unis. Conséquence positive de la chose : les investissements et les plans budgétaires prévus dans le cadre du plus récent budget fédéral feraient l'objet d'un examen attentif, seraient débattus et seraient soumis à une surveillance rigoureuse. Cela aura peut-être pour effet de traduire les bonnes intentions en politiques progressives.

Je vais maintenant parler de l'avantage du centre d'amitié.

Dans un grand nombre de centres urbains, les centres d'amitié sont les établissements auxquels recourent le plus les Autochtones qui vivent en milieu urbain, après les établissements de santé et d'enseignement. Rendez-vous dans une localité autochtone, dans une école secondaire autochtone, demandez aux étudiants ou aux gens s'ils ont déjà visité un centre d'amitié : tous vous diront tout au moins qu'ils savent ce qu'est un centre d'amitié. Notre image de marque est semblable à celle de Centraide; tout le monde sait ce que nous faisons et ce que nous offrons.

Many friendship centres support healthy urban Aboriginal children and families that are delivered through innumerable programs nationwide. By no means are these investments insignificant insofar as the reported funding is \$15 million. These investments are included with the more than 1,200 distinct programs and services with funding exceeding \$89 million.

A commitment to transparency, accountability and results has garnered our continued support of governments at all levels. Strong support has come from our friends at the Federation of Canadian Municipalities and the Assembly of First Nations in championing the enrichment and expansion of the friendship centres.

In conclusion, the NAFC is pleased to be working with the Aboriginal Reference Group of the Canadian Reference Group, contributing to Canada's submission in the upcoming World Health Organization Commission on Social Determinants of Health next month in Vancouver. Of course, we would be delighted to be delegates in these important discussions, but have not succeeded in getting status in these crucial deliberations.

Our concern remains that the unique perspectives of urban Aboriginal communities will not make it into the final document resulting from these discussions. As noted earlier, the United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues met May 14 to 25 of this year, which presented a historic opportunity to address urban indigenous issues with a dedicated half-day discussion highlighting the excellent work done by thousands of dedicated staff, volunteers and community partners in friendship centres from the five corners of this land. I will take this opportunity to quote from the Government of Canada directly. The following statement was made by Fred Caron, Assistant Deputy Minister Indian and Northern Affairs Canada, May 21, 2001, New York City, to the UN forum:

As indicated earlier, the Friendship Centres provide important services to Aboriginal people living in cities across Canada. Moreover, the Friendship Centres paved the way for a number of other programs and initiatives designed by governments to address and respond to the needs of Aboriginal people living in cities.

We have been developing culturally appropriate services and supports addressing a number of key determinants that have led to considerable success over the course of the past 40 years. The story of friendship centres in Canada's largest cities is one of resilience, hope, dedication and hard work that is a source of pride to the Aboriginal community, as it should be for all Canadians.

It is our hope the honourable senators here today support our ongoing efforts in addressing the social determinants of health.

De nombreux centres d'amitié appuient les enfants autochtones des villes et leur famille par le truchement d'innombrables programmes au pays. Il ne faut surtout pas y voir des investissements considérables : le financement signalé est de l'ordre de 15 millions de dollars. Les investissements sont inclus dans les 1 200 et quelques programmes et services distincts dont le financement dépasse 89 millions de dollars.

Notre engagement à l'égard de la transparence, de la responsabilité et des résultats nous a valu le soutien continu des gouvernements de tous les ordres. Nous avons droit aux solides appuis de nos amis de la Fédération canadienne des municipalités et de l'Assemblée des Premières nations quand il s'agit de préconiser l'enrichissement et l'expansion des centres d'amitié.

Pour conclure, je dirais que l'ANCA est heureuse de travailler de concert avec le Groupe de référence autochtone du Groupe de référence canadien à la soumission du Canada à la réunion prévue pour le mois prochain à Vancouver de la Commission des déterminants sociaux de la santé et de l'Organisation mondiale de la santé. Bien entendu, nous nous réjouissons du fait de pouvoir assister à cette discussion importante à titre de délégués, mais nous ne sommes pas parvenus à être reconnus comme tels.

Notre souci demeure que les perspectives uniques des communautés autochtones en milieu urbain ne se trouvent pas être exprimées dans le document final issu des discussions en question. Comme nous l'avons déjà noté, l'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones a tenu une réunion du 14 au 25 mai — occasion historique de s'attaquer aux questions intéressant les Autochtones en milieu urbain du fait qu'il y avait une demi-journée consacrée à l'excellent travail des milliers de membres du personnel, de partenaires communautaires et de bénévoles dévoués des centres d'amitié venus de toutes les régions du pays. Je profiterai de l'occasion pour citer directement le gouvernement du Canada. La déclaration qui suit appartient à Fred Caron, sous-ministre adjoint des Affaires indiennes et du Nord Canada. Il l'a faite le 21 mai 2001, à New York, devant l'instance onusienne.

Tel qu'indiqué plus tôt, les centres d'amitié fournissent d'importants services aux Autochtones qui vivent dans des villes partout au Canada. Les centres ont aussi suscité la création d'autres programmes et initiatives conçus par les gouvernements pour s'occuper des besoins des Autochtones qui habitent les villes.

À partir de plusieurs déterminants clés, nous mettons au point des mesures de soutien et des services culturellement adaptés qui ont mené à des succès reconnus depuis 40 ans. L'histoire des centres d'amitié dans les grandes villes du Canada est marquée par la résilience, l'espoir, le dévouement et l'acharnement au travail — source de fierté pour la communauté autochtone comme elle devrait l'être pour l'ensemble des Canadiens.

Nous espérons que les sénateurs réunis aujourd'hui appuieront les efforts que nous déployons pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Gay. That is a nice place for us to end this. I want to thank all of the participants. We have three themed discussions that feed right off what Mr. Gay was just talking about.

There is a tremendous problem with the Metis and with many other Aboriginal groups in that your populations are becoming disseminated. It is easy to talk about programs on the ground when we can get them to a community, but when a community becomes something in downtown Toronto, Winnipeg or someplace else, the friendship centres are helping, but it becomes a very complex problem.

The first themed discussion will be around how a population health approach applies to Aboriginal realities. The second discussion will be around the information gaps that create barriers to concrete action on the determinants of health.

The third discussion will be about the immediate policy and programmatic changes that need to be made to advance a population health approach for Aboriginal peoples. Make no mistake about it, our report is advancing a population health approach, and we want to advance one that will work. That is what we are searching for.

As I mentioned, we are totally committed to this approach to health in all of Canada, including Aboriginal peoples. Whether we manage to convince people or not, I do not know, but we are committed.

I believe we can learn more from Aboriginal peoples than from any other population group in Canada, because they are further along in looking at health from a population health point of view. Your documents are evolving in that direction, and we can apply your model to the rest of the country.

However, coming back to reality, there is the problem that Aboriginal peoples are increasingly moving into big cities, as well as into smaller communities, but living off-reserve. The Metis, for example, are spread around. There is a challenge there as to how one can solve the problems with determinants of health on a broad basis and bring the health status to where it should be.

Senator Cook: I hear a theme running through your presentations, and the word "policy" comes back to me. All of you in your own way seem to be talking about policy. I sense that you have prepared yourselves well to take care of your people, and you know what the determinants and issues are. I am searching for the barriers that we need to address so that policy flows. You know that we can all operate in our own little corners, but just for a minute, I will go back to what helps me to understand, which is the study we did on mental health. We worked hard to understand, and the surprise came to me when my people said, "You have done wonderful work." I was trying to be the academic, but the message was simple. They told us that we legitimized mental health in this country, and that is good. We are moving forward. We struck a chord with the people; the people

Le président : Merci beaucoup, monsieur Gay. Voilà une belle façon pour nous de terminer la séance. Je tiens à remercier tous les participants. Nous avons trois discussions thématiques qui découlent directement de ce que M. Gay vient d'évoquer.

Il y a un problème énorme qui se pose chez les Métis et chez de nombreux autres groupes autochtones : vos populations s'éparpillent. Il est bien beau de parler de programmes sur le terrain dans les cas où nous pouvons rejoindre les gens au sein d'un groupe, mais quand le groupe en question se trouve au centre-ville de Toronto, à Winnipeg ou ailleurs, le centre d'amitié est utile, mais le problème devient très complexe.

Le premier thème sera la façon dont une approche axée sur la santé des populations peut s'appliquer aux réalités que vivent les Autochtones. La deuxième discussion tournera autour des lacunes informationnelles qui créent des obstacles aux mesures concrètes relativement aux déterminants de la santé.

La troisième discussion portera sur les changements immédiats qu'il faut apporter aux politiques et aux programmes pour mieux instaurer une approche axée sur la santé des populations dans le cas des Autochtones. Ne vous y méprenez pas : dans notre rapport, nous préconisons une approche axée sur la santé des populations, mais il faut que ce soit une approche qui marche. C'est ce que nous cherchons.

Comme je l'ai dit, nous nous engageons sans réserve à mettre en place cette approche de la santé partout au Canada, y compris dans le cas des Autochtones. Je ne sais pas si nous allons parvenir à convaincre les gens, j'ai des doutes, mais nous y tenons.

Je crois que nous pouvons apprendre beaucoup de choses des peuples autochtones, plus que d'autres groupes de la population au Canada, parce que les Autochtones ont une longueur d'avance pour ce qui est de regarder la santé dans l'optique d'une approche axée sur la santé des populations. Vos documents évoluent en ce sens, et nous pouvons appliquer votre modèle au reste du pays.

Tout de même, pour revenir à la réalité, disons qu'il y a un problème : les Autochtones s'installent de plus en plus dans les grandes villes ainsi que dans les petites localités, mais en dehors de la réserve. Par exemple, les Métis sont éparpillés. La difficulté consiste alors à trouver comment il faut s'y prendre pour régler des problèmes liés aux déterminants de la santé, de manière générale, et élever l'état de santé des gens au point où il devrait être.

Le sénateur Cook : Je m'aperçois qu'il y a un thème qui revient pendant votre exposé, et le terme « politique » me revient à moi. Chacun à sa façon, vous semblez tous parler de la politique gouvernementale. J'ai l'impression que vous vous êtes bien préparés à vous occuper de vos gens et que vous savez quels sont les déterminants et les problèmes en cause. Je cherche les obstacles qu'il nous faudrait éliminer pour que la politique gouvernementale coule de source pour ainsi dire. Vous savez que chacun peut fonctionner lui-même dans son petit coin, mais, pour un instant, je vais revenir à ce qui m'aide à comprendre, soit l'étude que nous avons réalisée sur la santé mentale. Nous avons trimé dur pour comprendre le phénomène, et j'ai été étonné que les gens disent : vous avez fait un merveilleux travail. C'était pour la forme, mais le message était simple. Les gens nous ont dit que

heard us. With respect to all the policy, goodwill and everything else, unless we can bring to the rest of the nation compassion for who we are and what we are trying to do, our story will not get told and nothing will change at a government bureaucracy level. I believe that. I hear the words “policy,” “innovation” and “empowerment.” I know that you were working in different geographic areas, for example, urban and rural; I heard my friend Ms. Gideon talk about a nation-to-nation approach. That is commendable. For me, that was a barrier, and maybe she would like to comment on that and how we can break down this barrier.

I heard Ms. Fowler talk about supporting the holistic approach, and I certainly can identify with that.

Ms. Dumont-Smith talked about living with a balance, and you are all advocates in your own way.

I would like to hear about the ending, but I suspect that that will be late night reading. I have never read it and do not know what is in it, but it seems to me to be a barrier for progress for you in order to achieve what we are trying to do.

With respect to other areas, such as housing, Ms. Dickson talked about sleeping in shifts. That really touched me, in this day and age, not to have adequate housing where young populations — you are the fastest growing population — are sleeping in shifts. If that does not touch a chord with people, we have to tell the story.

When we did the health studies, at every opportunity that we got, Senator Cochrane and I spoke at conferences, health summits, nurse practitioner annual meetings and so forth — you have to tell that story. We can do so much, but you have to do yours.

I hear you have large amounts of data. Is the data concentrated in one area, or all in your own silos? Maybe that database should be a part of the Canadian Institutes of Health Research, CIHR. I do not know; I am just talking. It is your turn, and I feel I have given you enough to start you off.

Ms. Dickson: I could add to the data point. The reason that the Inuit talk much about disaggregated data is that Statistics Canada and other data collecting agencies for the government — and even the private sector — tend to use the term “Aboriginal” in Canada, meaning everyone who is of the older so-called nations. The Inuit are different, and, therefore, many aspects of the data collected for Canada give a bad picture, which then becomes misunderstood as to what happens in the North. In fact, the data is now getting old. It is from 2001.

nous avons légitimé la santé mentale au pays, et cela est bien. Nous progressons. Nous avons éveillé quelque chose chez les gens; ils nous ont entendus. Pour ce qui est de la politique gouvernementale, de la bonne volonté et de tout le reste, à moins d'amener le reste du pays à voir avec compassion qui nous sommes et ce que nous essayons de faire, notre histoire tombera dans l'oreille d'un sourd, et rien ne changera au niveau de la bureaucratie gouvernementale. Cela, je le crois. J'entends parler de politique gouvernementale, d'innovation et d'habilitation. Je sais que vous travaillez dans différents lieux géographiques, et notamment dans les villes et les campagnes; j'ai entendu mon amie Mme Gideon parler d'une approche entre nations. Voilà qui est louable. À mes yeux, c'était un obstacle, et elle voudra peut-être parler de la question et de la façon dont nous pourrions nous y prendre pour éliminer cet obstacle.

J'ai entendu Mme Fowler parler de l'idée d'appuyer l'approche globale, et cela me dit certainement quelque chose.

Mme Dumont-Smith a parlé d'une vie équilibrée, ce que vous défendez tous à votre façon.

J'aimerais bien entendre la fin, mais je soupçonne que c'est une lecture qui se fera tard en soirée. Je ne l'ai jamais lu; je ne sais pas ce qui s'y trouve, mais il me semble que c'est un obstacle au progrès, que cela vous empêche de réaliser ce que vous souhaitez réaliser.

Pour ce qui est des autres secteurs, par exemple le logement, Mme Dickson a parlé des gens qui dorment à des heures décalées, faute de lit. Cela m'a vraiment touchée, de voir cela à notre époque, qu'il n'y ait pas de logement adéquat où les jeunes — votre population est celle qui croît le plus rapidement — dorment les uns après les autres, faute de lits. Si les gens ne sont pas éveillés à cette question, il faut raconter l'histoire.

Lorsque nous avons effectué les études sur la santé, chaque fois que nous en avons eu l'occasion, le sénateur Cochrane et moi avons parlé, à des conférences, des sommets de la santé, des assemblées annuelles d'infirmières praticiennes, et ainsi de suite — il faut raconter cette histoire. Il y a beaucoup de choses que nous pouvons faire, mais vous devez faire votre part.

J'ai entendu dire que vous disposiez de beaucoup de données. Est-ce que les données sont concentrées à un seul endroit, ou se trouvent-elles toutes dans vos propres compartiments? La base de données devrait peut-être faire partie de celle des Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC. Je ne sais pas; je ne fais que parler. À votre tour maintenant; je pense vous avoir donné suffisamment d'éléments pour vous lancer.

Mme Dickson : Je peux dire quelque chose au sujet des données. La raison pour laquelle les Inuits parlent tant de données non regroupées, c'est que Statistique Canada et d'autres organismes qui recueillent des données pour le compte du gouvernement — et même du secteur privé — ont tendance à utiliser le terme « autochtone » pour parler des gens qui appartiennent aux prétendues nations les plus vieilles. Les Inuits sont différents, et, par conséquent, les données recueillies au Canada forment une image faussée de nombreux égards, ce qui fait qu'on comprend mal ce qui se passe dans le Nord. En réalité, les données commencent à dater. Il s'agit de données de 2001.

There is an opportunity now for Canada to look at its data collecting policies and do what we call “disaggregated” or “Inuit-specific” data, so that people can say for sure that this is the housing situation or this is the birthing situation or this is how many elders there are or how much abuse there is. The reason for that is the policy-makers ask you. When you make a dramatic statement, they are impressed as though you have entertained them, but then they want that data to make decisions and we do not have very much appropriate and accurate disaggregated data. That is the reason you will keep hearing it come up.

Senator Cook: The data will formulate your policy. Is there a way that the data can be collected and kept pure, not put into a melting pot and used to develop the policies? Is that an option? How do you see that working out? Sooner or later, population health will become the purview of Health Canada, fragmented a bit more and become a delivery of the provinces. Those are the realities; are they not? If you could keep your data pure, not all mixed up, would that be an option?

Ms. Dickson: Yes, of course, that would go a long way toward it. The problem is getting that data from the perspective of Inuit, a demographic that is so remote and isolated even from each other, let alone from anybody else, becomes very expensive and challenging.

Inuit, over the last 100 years, have been looked on as sort of a — I do not want to use any pejorative term. They have been researched so much by outsiders that they are tired and do not want yet another southern white person to get off a plane, ask them personal, intimate questions and then get back on the plane. They do not know what with that information will be used for. It is problematic as to how to get the correct data and have it disaggregated. Do you train Inuit to get their own data, or do they know what they want to have researched on themselves? A partnership must be developed and funded. Everything is expensive. I believe it is about the broader policy issues in Canada, first, and knowing how important that whole culture is and committing to serving it.

Senator Cook: With your indulgence, I do not feel we should talk about money; we will talk about what is right. We will do it from that perspective and then see who funds it after that. I should tell you that when Senator Kirby was chairing this committee and looking at mental health, he said one day that we would have to see how we will fund this. He managed to do it. He recommended a tax of a nickel a drink on all alcohol or beer that was consumed, and then there would be enough money. We did not go forward with just a proposal that would cost; we showed them how it would be costed out, and there was joy in the house.

Une occasion s'offre maintenant au Canada de revoir ses politiques en matière de collecte de données, et de commencer à recueillir ce que nous appelons des données « non regroupées » ou « propres aux Inuits », de façon que les gens puissent parler avec certitude de la situation en ce qui concerne le logement ou au chapitre des naissances, du nombre de personnes âgées qu'il y a ou de l'incidence de la violence. Il faut pouvoir parler de ces choses avec certitude, puisque c'est le genre de questions que le décideur pose. Lorsque vous faites une déclaration spectaculaire, ils sont impressionnés comme si vous l'aviez fait pour les divertir, mais ils veulent avoir accès aux données pour prendre des décisions, et nous n'avons pas beaucoup de données non regroupées pertinentes et exactes. C'est la raison pour laquelle vous allez en entendre parler souvent.

Le sénateur Cook : Ce sont les données qui vont déterminer votre politique. Est-il possible de recueillir les données et de les garder intactes, c'est-à-dire de ne pas les mélanger à toutes sortes d'autres choses avant de les utiliser pour élaborer les politiques? Est-ce une possibilité qui s'offre? Comment pensez-vous que cela pourrait fonctionner? Tôt ou tard, la santé des populations va devenir la responsabilité de Santé Canada, responsabilité qui sera fragmentée encore un peu plus et dont les provinces s'acquitteront en pratique. C'est ce qui se passe, n'est-ce pas? Est-ce que préserver l'intégrité des données, ne pas les mélanger, est une possibilité qui s'offre?

Mme Dickson : Oui, bien sûr, cela pourrait permettre de faire beaucoup de progrès. Le problème, c'est que recueillir des données chez les Inuits, population qui est isolée et éloignée, et dont les collectivités mêmes sont éloignées et isolées les unes des autres, coûte très cher et est très difficile à faire.

Au cours du siècle écoulé, on a vu les Inuits comme une espèce de — je ne veux pas utiliser un terme péjoratif. Ils ont fait l'objet des recherches de tellement d'étrangers qu'ils sont maintenant fatigués et n'ont pas envie qu'un autre Blanc du Sud débarque de l'avion, leur pose des questions personnelles et intimes avant de reprendre l'avion. Ils ne savent pas ce qu'il advient des renseignements ainsi recueillis. Déterminer quelles sont les données exactes et les désagréger pose problème. Faut-il former les Inuits pour qu'ils puissent recueillir eux-mêmes leur données ou savent-ils quelle recherche ils veulent faire faire sur eux? Il faut conclure et financer un partenariat. Tout coûte cher. Je crois qu'il s'agit d'abord et avant tout des enjeux stratégiques touchant l'ensemble du Canada, ainsi que de comprendre l'importance de toute cette culture et de s'engager à se mettre à son service.

Le sénateur Cook : Avec votre permission, je pense que nous ne devrions pas parler d'argent; nous allons parler de ce qui est juste. Nous allons faire ça comme ça, et nous verrons ensuite qui fournira l'argent. Je dois vous dire que, lorsque le sénateur Kirby présidait le comité et que nous examinions la question de la santé mentale, il a dit un jour qu'il faudrait que nous déterminions comment financer les mesures proposées. Il a réussi à le faire. Il a recommandé l'instauration d'une taxe de 0,05 \$ pour toute bouteille d'alcool ou de bière vendue, et il a dit que cette taxe permettrait d'obtenir suffisamment d'argent. Nous ne nous

If you are collecting data for your people, with climate change, you will not have access to the land to live off. The land is changing, and it is changing faster than we see it. You have much time there. I would like to hear from you on that aspect of it. What can we do with your data? Should we consolidate it and put it into one? Should we keep it safe within an umbrella and try to develop policy? Where do we go with it?

Ms. Van Haute: I wanted to respond specifically with regard to data collection analysis and dissemination. The most common source for all of us for data collection is the census. The problem with that, though, is that Aboriginal identity does not come until the long form. Only 20 per cent of the Canadian population receives the long form. Whatever information comes out is limited, whether it is aggregate data or not, it is still limited. The analysis that comes out is somewhat limited. If federal policy, and perhaps provincial, is based on that, then it will obviously be missing something.

We have suggested in our deliberations with Statistics Canada that the Aboriginal identifier question be placed on the short form so we would at least have some more accurate basic statistics. That process is a long one, apparently, and it has to go through Statistics Canada and then has to be presented to cabinet and decided upon.

From our perspective, we would appreciate support as a base element to start being able to collect more accurate and more full data. That is the base element of it because, as we collect more accurate data on the global perspective, we can use that basis to perhaps encourage provincial and territorial governments to include those same identifiers on provincial forms. For example, for health utilization services within the provinces, there is no identifier — and certainly no Metis identifier — on them, so the statistics that we will collect from them will also be limited. If provincial health policy is based on that, we have a double problem there in terms of how informed that policy is.

Our whole objective in trying to push for this and hoping for support is to help us understand our conditions better. That is Metis, and that may apply to all Aboriginals, but help us understand our conditions better so that we can share that information with federal, provincial and territorial governments in a language they understand and respect. Therefore, in the end, we will get more informed and efficient health and social policy, and essentially something more practical that works and has a positive outcome that we can evaluate and measure.

sommes pas contentés de formuler une proposition qui engendrerait des coûts; nous avons montré aux gens comment financer l'application de cette proposition, et ça été la joie.

Si vous recueillez des données pour le compte de votre peuple, à cause des changements climatiques, vous n'aurez plus de pays où vivre. Le paysage évolue, plus rapidement que nous arrivons à le voir. Vous disposez de beaucoup de temps. J'aimerais que vous disiez quelque chose là-dessus. Que pouvons-nous faire avec vos données? Devrions-nous les regrouper et en faire un seul ensemble? Devrions-nous les mettre en lieu sûr et essayer d'élaborer des politiques? Qu'allons-nous faire avec ces données?

Mme Van Haute : Je voulais répondre précisément à la partie de la question concernant la collecte, l'analyse et la diffusion des données. La source que nous utilisons tous le plus couramment, c'est le recensement. Le problème que cela pose, cependant, c'est que ce n'est que le long formulaire qui porte sur les Autochtones. Seulement 20 p. 100 des gens au Canada reçoivent le long formulaire. Les renseignements qu'on peut en tirer sont limités; qu'il s'agisse de données regroupées ou non, elles sont limitées. L'analyse qu'on peut en faire est en quelque sorte limitée aussi. Lorsqu'on fonde les politiques fédérales, et peut-être aussi provinciales, sur ces données, il est clair qu'il manque quelque chose.

Nous avons proposé, dans le cadre des discussions que nous avons tenues avec des représentants de Statistique Canada, que la question sur l'appartenance à une Première nation soit posée dans le petit formulaire, pour que nous disposions à tout le moins de statistiques de base exactes. Il semble que c'est un long processus, et que la chose doit passer par Statistique Canada avant d'être présentée au Cabinet, qui pourra rendre une décision.

Quant à nous, nous aimerions obtenir du soutien, puisque c'est la première chose dont nous avons besoin pour être en mesure de recueillir des données plus précises et plus exhaustives. C'est quelque chose de fondamental, parce que, au fur et à mesure que nous recueillons davantage de données précises sur le point de vue global, nous pouvons utiliser ce fondement pour peut-être encourager les gouvernements provinciaux et territoriaux à intégrer ces identificateurs aux formulaires provinciaux. Il n'y a par exemple aucun identificateur pour ce qui est de l'utilisation des services de santé dans les provinces — et certainement pas d'identificateurs métis —, ce qui fait que les chiffres que nous obtenons là-dessus seront aussi limités. Si les politiques provinciales en matière de santé sont fondées sur ces chiffres, cela pose un double problème quant à la mesure dans laquelle ces politiques sont le produit d'une élaboration éclairée.

Tout ce que nous essayons de faire, en essayant de faire passer cette idée et en demandant du soutien, c'est d'obtenir de l'aide pour mieux comprendre notre situation. Voilà ce qui est propre aux Métis, et voilà ce qui peut s'appliquer à tous les Autochtones, mais aidez-nous à mieux comprendre notre situation, pour nous permettre de partager cette information avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans un vocabulaire qu'ils comprennent et respectent. Ainsi, au bout du compte, nous allons pouvoir élaborer des politiques sociales et en matière de santé plus

Dr. Bartlett: I want to respond to the first question and the further question that was posed about how we look at population health. What do we mean by this lens of population health? What could we say to describe that? It is important as we have this discussion to have an understanding of population health and the evolution of it, because we have to be clear about what we mean. We were talking population health in the 1970s with the Lalonde report. We went through some very interesting movements to bring the whole concept through. Initially, it was in government, and then it moved through the academic world. The academic world started writing more papers about it. It got into the health policy world. I was involved in the community health movement in Manitoba. It got through to primary care, bringing in world health concepts of primary care, and eventually it got back into the legislatures to say we will do population health and determinants of health models. We are in the same place we were in 1974, and we are still trying to figure out what it is exactly.

From an Indigenous or Aboriginal perspective, there is no such thing as population health without individual health. We have to do both of them at the same time. Whatever we come up with, from my experience with the population health promotion frameworks, we went from population health to health promotion, which was social marketing, to population health promotion. We have come up with these complex ways to describe this.

From my experience in my clinical work, that individual that is sitting in front of me hears a different story from every provider and every sector with which they interact. Their only rational choice is to listen to no one because, cognitively, they cannot integrate it. We must think about how we work not only with the population but within the population, and how we develop mechanisms and frameworks so that every individual understands the big framework and, therefore, understands it on a personal level. No human being will walk off a cliff if you say, "It is out there, just walk." They will not walk in a direction based on a particular type of logic model that has been developed in an academic environment if they do not understand what that means. They are just not going there. We have to think in our big frameworks about what it means to individuals. Can they see it themselves? How is their identity reflected in that framework so they can feel safe in making that journey? We need to bring some sense of perspective around what we are talking about.

éclairées et plus efficaces, et, essentiellement, quelque chose de plus pratique qui fonctionne et qui donne des résultats positifs que nous pourrions évaluer et mesurer

Dre Bartlett : Je voulais répondre à la première question, ainsi qu'à celle qui a été posée au sujet de notre façon d'envisager la santé des populations. Qu'entendons-nous par cette optique de la santé des populations? Que pourrions-nous dire pour la décrire? Il est important, dans le cadre de notre discussion, d'avoir une idée de la santé des populations et de son évolution, parce que nous devons définir clairement ce que nous voulons dire par là. Nous parlons déjà de santé des populations dans les années 70, avec le rapport Lalonde. Nous sommes passés par des mouvements très intéressants qui visaient à faire adopter tout le concept. Au départ, c'était quelque chose dont on parlait au gouvernement, puis on en a parlé dans le milieu universitaire. Les gens du milieu ont commencé à écrire davantage d'articles là-dessus. J'ai commencé à être actif dans le domaine des politiques de santé. J'ai participé au mouvement relatif à la santé communautaire au Manitoba. J'ai ensuite abordé la question des soins primaires, en introduisant toutes les idées qui venaient de l'Organisation mondiale de la santé, et j'ai fini par revenir travailler auprès des assemblées législatives pour proposer des modèles de santé des populations et des déterminants de la santé. Nous en sommes exactement au même point qu'en 1974, et nous essayons encore de comprendre de quoi il s'agit.

Du point de vue indigène ou autochtone, il ne peut être question de santé des populations sans qu'il soit aussi question de santé personnelle. Il faut s'occuper des deux choses en même temps. Peu importe ce que nous proposons, d'après mon expérience des cadres de promotion de la santé des populations, nous sommes passés de la santé des populations à la promotion de la santé, c'est-à-dire au marketing social, pour ensuite passer à la promotion de la santé des populations. Nous avons élaboré ces manières complexes de décrire la chose.

D'après mon expérience de travail en clinique, la personne qui se trouve en face de moi entend une version différente de l'histoire chaque fois qu'elle entre en interaction avec un fournisseur ou un secteur. Le seul choix rationnel qui reste, c'est de n'écouter personne, parce que, sur le plan cognitif, la personne à qui on présente toutes ces versions ne peut les intégrer. Nous devons réfléchir à notre façon de travailler non seulement avec la population, mais aussi au sein de celle-ci, ainsi qu'à notre façon d'élaborer des mécanismes et des cadres, de façon que tout un chacun se fasse une idée du cadre général, et, par conséquent, que les gens puissent se faire une idée de cela à leur échelle. Aucun être humain ne se jettera en bas d'une falaise parce qu'on dit que c'est ce qu'il faut faire. Les gens ne vont pas s'orienter en fonction d'un modèle logique d'un type précis qui a été élaboré dans un milieu universitaire s'ils ne comprennent pas le sens de ce modèle. Ils n'ont ne vont simplement pas le faire. Nous devons réfléchir à ce que nos cadres généraux signifient pour les gens. Arrivent-ils à s'en faire une idée? Comment le cadre reflète-t-il leur identité, ce qui est nécessaire pour qu'ils se sentent suffisamment en sécurité pour accepter de se laisser guider? Nous devons mettre ce dont nous parlons en contexte.

Ms. Gideon: From a First Nations perspective, chiefs have passed resolutions and mandates in all 10 of our regions. They do not support externally-driven data collection processes. They favour models that set up First Nations capacity and institutions in collaboration with the academic research community and other federal-provincial-territorial agencies, because it is very important to have comparability of First Nations data with mainstream data and also for the practicality of being able to bring to the table the expertise that will undertake the work.

In the U.S., there are tribal governments that govern their own epicentres that collect population health data. It is not a perfect model, but it is the model we have been working on with Minister Clement's office in trying to develop a joint plan for the future direction in First Nations health information and infrastructure. We are building on the successful foundation that we have been able to establish with the national health survey I mentioned earlier.

From our perspective, we are less concerned with enhancing Statistics Canada processes because we do not support that type of process. We support First Nations conducting health research and collecting health data that will help them in their own planning and service delivery, because the majority of them have taken over responsibility for health care in their communities.

That is a distinction I wanted to bring to the committee.

Dr. Shah: We have been talking about the holistic approach. Although I read most of the reports, I did not see much on spirituality as a determinant of health. In the Aboriginal population, health is grounded in mental, physical, emotional and spiritual components. I have been working with the communities for almost 33 years. I saw the term "social capital" used a couple of times. Social capital is lacking in terms of the development of the spiritual component, be it sweat lodges, special places for ceremonies or other things. This is a very important part of the determinants of health. It is grounded there in the Aboriginal culture as well as in many non-Aboriginal cultures.

I am a first-generation immigrant. The first things that the settlers of this country did was build a school and a church. There was a rule in this country at one time that every new development would have a church. Newcomers now build mosques or temples in order that they will have a spiritual grounding.

I provided you with an article about India. If you changed "India" to "Canada", it would be equally accurate. We have systematically destroyed the cultural and spiritual institutions of the Aboriginal population.

Mme Gideon : Du point de vue des Premières nations, les chefs ont adopté des résolutions et des mandats dans dix de nos régions. Ils ne sont pas en faveur de processus externes de collecte de données. S'ils privilégient les modèles qui établissent des capacités et des établissements propres aux Premières nations, en collaboration avec le milieu de la recherche universitaire et des organismes fédéraux-provinciaux-territoriaux, parce qu'il est très important de pouvoir comparer les données sur les Premières nations avec les données sur le reste de la population, et aussi de pouvoir arriver à la table avec l'expertise qui permet d'entreprendre les travaux.

Aux États-Unis, il y a des gouvernements tribaux qui gèrent leurs propres centres de collecte de données sur la santé des populations. Ce n'est pas le modèle idéal, mais c'est celui auquel nous avons travaillé avec le bureau du ministre Clement pour essayer d'élaborer un plan conjoint pour l'avenir dans le domaine de l'information et de l'infrastructure de la santé des Premières nations. Nous nous appuyons sur les bases que nous avons jetées avec succès dans le cadre de l'enquête nationale sur la santé dont j'ai parlé plus tôt.

Pour notre part, nous sommes plus ou moins intéressés à améliorer les processus de Statistique Canada, parce que nous ne sommes pas en faveur de ce genre de processus. Nous voulons que les Premières nations effectuent les recherches en santé et recueillent des données dans ce domaine qui vont les aider à faire des plans et à fournir des services, parce que la majorité des Premières nations ont pris la responsabilité des soins de santé dans leurs collectivités.

C'est une distinction que je voulais porter à l'attention du comité.

Dr Shah : Nous avons parlé de l'approche globale. Je lis la plupart des rapports, mais je n'ai pas vu grand-chose au sujet de la spiritualité comme l'un des déterminants de la santé. Pour la population autochtone, la santé a des racines mentales, physiques, affectives et spirituelles. Je travaille auprès des collectivités depuis près de 33 ans. J'ai entendu l'expression « capital social » à quelques reprises. Il manque de capital social pour donner de l'ampleur à l'élément spirituel, que ce soit des étuves, des endroits spéciaux pour les cérémonies ou d'autres choses. C'est une partie très importante des déterminants de la santé. C'est quelque chose qui est enraciné dans la culture autochtone, ainsi que dans de nombreuses cultures non autochtones.

Je suis un immigrant de première génération. La première chose que les gens qui se sont établis au pays ont faite, ça a été de construire une école et une église. À une certaine époque, c'était la règle au pays que toute nouvelle collectivité ait son église. Aujourd'hui, les nouveaux venus construisent des mosquées ou des temples pour se donner des racines spirituelles.

Je vous ai fourni un article sur l'Inde. Si vous remplacez le mot « Inde » par le mot « Canada », l'article continue d'être fidèle à la réalité. Nous avons systématiquement détruit les établissements culturels et spirituels de la population autochtone.

There is much hunger for that now. Last week, I was fasting with an Aboriginal group. There is a great pent-up demand for the social capital of these institutions. We should think about that as a part of the social determinants of health.

Mr. Gay: Evidence alone will not get us over the hump. We have seen that in the child care debate and are seeing it in the criminal justice debate in both Houses of Parliament. We talked about measurement, but unfortunately even that has been hijacked by the academic and policy community. We have the human development indices and child well-being indices. The Federation of Canadian Municipalities has quality-of-life indices. We are doing the same thing; we are creating our own silos based on our own priorities and specifics. There is no consensus, and we need to think about consensus on these measures.

The Aboriginal community functions as many other communities. Sometimes we do not have consensus when we need it. That is something we are working toward, which is why we have moved toward partnership.

Access also affects evidence. There is a tremendous amount of research focused on Aboriginal communities but, unfortunately, it is buried in academic journals, which are too costly for most grassroots people and even for some of the more developed Aboriginal organizations.

The *Canadian Medical Association Journal* is one of the few resources that is open access. I am glad that they have supported the policy of open access, which is gaining momentum worldwide with online journals. The Canadian Paediatrics Society offers a journal called *Canadian Paediatrics and Child Health*, which is pay-as-you-go, as is the *American Journal of Public Health*. These are invaluable tools. They contain information for which the taxpayers have already paid. That evidence must be available to the Aboriginal communities.

We were talking about data and indicators. Many of the organizations here sit on a vast resource of untapped data. Last year, at each of our 117 friendship centres, we collected data elements on 4,200 specific items. That is a huge burden. What are we doing with that data? Are we making any use of it or just collecting it for the sake of collecting it? Over the course of the year, we did a data rationalization exercise and decided to collect the data we needed and focus on that nationally. We are down to about 280 specific elements, and now we need to collaborate with partners on that.

With regard to setting out the policy framework for the determinants of health, building into the Kelowna Accord, the federal government has already done some heavy thinking on this. They have created the Aboriginal Horizontal Framework, which

Il y a un grand appétit pour ce genre de chose à l'heure actuelle. La semaine dernière, j'ai jeûné avec un groupe d'Autochtones. Il y a un énorme besoin réprimé en ce qui concerne le capital social qui représente ces établissements. Nous devrions déterminer cela comme une partie des déterminants sociaux de la santé.

M. Gay : Les données ne vont pas nous permettre à elles seules de surmonter l'obstacle. Nous l'avons constaté dans le cadre du débat sur les garderies, et nous le constatons encore dans le cadre du débat sur la justice pénale qui est en cours aux deux chambres du Parlement. Nous avons parlé des mesures, mais malheureusement, même cette idée a été récupérée par le milieu universitaire et de l'élaboration des politiques. Il y a les indices du développement humain et du bien-être des enfants. La Fédération canadienne des municipalités calcule des indices de la qualité de la vie. Nous faisons la même chose; nous créons nos propres compartiments en fonction de nos priorités et de nos particularités. Il n'y a pas de consensus, et nous devons réfléchir au consensus qu'on pourrait obtenir autour de ces mesures.

Les collectivités autochtones fonctionnent comme beaucoup d'autres collectivités. Il arrive parfois que nous n'obtenions pas le consensus au moment où nous en aurions besoin. C'est quelque chose à quoi nous travaillons, et c'est pour cette raison que nous nous tournons vers le partenariat.

L'accès a aussi une incidence sur les données. Il y a des tonnes de travaux de recherche sur les collectivités autochtones, mais, malheureusement, les travaux sont publiés dans les revues spécialisées, trop chères pour la plupart des gens ordinaires, et même pour certaines des organisations autochtones qui ont plus de moyens.

Le *Journal de l'Association médicale canadienne* est l'une des rares ressources gratuites. Je suis heureux de ce que les gens qui le publient aient adopté cette politique de gratuité, qui gagne en popularité, à l'échelle mondiale, pour les revues en ligne. La Société canadienne de pédiatrie permet aux lecteurs d'acheter les articles de sa revue intitulée *Canadian Paediatrics and Child Health*, comme l'*American Journal of Public Health*. Ce sont des outils précieux. Ils contiennent des renseignements pour lesquels les contribuables ont déjà payé. Ces données doivent être rendues accessibles aux collectivités autochtones.

Nous parlons de données et d'indicateurs. Bon nombre des organisations du pays ont à leur portée quantité de données inutilisées. L'an dernier, dans chacun de nos 117 centres d'amitié, nous avons recueilli des données sur 4 200 éléments précis. C'est un travail énorme. Que faisons-nous avec toutes ces données? Les utilisons-nous ou ne faisons-nous que les recueillir pour les recueillir? Durant l'année, nous avons procédé à un exercice de rationalisation de la collecte de données, et nous avons décidé de ne recueillir que les données dont nous avons besoin et de nous concentrer là-dessus à l'échelle nationale. Nous avons réduit le nombre d'éléments à 280, et nous devons maintenant collaborer avec nos partenaires à cet égard.

En ce qui concerne la définition du cadre stratégique des déterminants de la santé, à partir de l'Accord de Kelowna, le gouvernement fédéral a déjà beaucoup réfléchi à la question. Il a créé le Cadre horizontal autochtone, qui répartit toutes les

situates all the federal spending and programs into five or six domains. That would give you a stunning visual, so I encourage you to go next door and shake some heads.

Dr. Bartlett talked about the necessity of addressing the individual and population health approach, and that is the foundation of what friendship centres do. Every year, 1.1 million people come through our doors, often with multiple contacts. Once the individual is engaged in the population health discussion, they have a sense of ownership. With that ownership, they can create a sense of responsibility to themselves and to the community. Those are the best resources to have, because from there we can build toward action. This is something that many of us do very well, and we already have that strength in the Aboriginal community. It is not as though the government needs to do something. All you need do is break the bonds that tie us down.

The Chairman: That is an extremely interesting concept.

My thinking on this has evolved and I want you to nudge me in the right direction. I was involved for 35 years in building a health system that people fell into when they got sick. Then they were totally preoccupied with getting their illness cured. We are now confronted with a situation where we cannot afford this system anymore. We cannot deliver it equitably to everyone and it is not working, because in many segments of our population it is not producing healthy people. However, we cannot throw the baby out with the bath water. We have to preserve the health care delivery system. Through population health we must find a way of maximizing the health care delivery system, of stopping it from doing bad things to people, such as giving them medications they do not need or drugs that might damage them. We need to get them on the right critical path for a return to health.

I am terribly impressed with the friendship centres. I listened to their presentations earlier. Senator Cook and Senator Cochrane were commenting during the break on what a great community model they can be for the issue I raised earlier of the off-reserve Aboriginals or the Metis people. This is a great idea that can be built into tremendous community access centres for all the social services.

Mr. Ermine: I wanted to add a few things in light of your questions. I think about the bigger picture of health determinants and population health. In terms of a framework idea, the Canadian Institutes of Health Research, CIHR, have done considerable work in the Aboriginal Capacity and Developmental Research Environments, ACADRE, program around indigenous and Aboriginal people's health. They did considerable work trying to identify the relevant processes we

dépenses et tous les programmes fédéraux en cinq ou six domaines. Voilà qui vous offrirait une image assez étonnante, alors je vous encourage à vous retirer pour laisser libre cours à votre incrédulité.

La Dre Bartlett a parlé du besoin de s'occuper des approches en matière de santé qui ont pour objet les personnes et les populations, et c'est à la base de ce que les centres d'amitié font. Chaque année, 1,1 million de gens nous rendent visite, et ils discutent parfois avec plusieurs personnes. Une fois qu'une personne a discuté de la santé des populations avec quelqu'un, elle s'est approprié l'idée. Cette appropriation engendre un sens des responsabilités envers soi-même et envers la collectivité. Ce sont les meilleures ressources dont nous pourrions disposer, parce que, à partir de là, nous pouvons favoriser la prise de mesures. C'est quelque chose que bon nombre d'entre nous faisons très bien, et c'est déjà une force de la collectivité autochtone. Ce n'est pas comme si le gouvernement devait faire quelque chose. Tout ce qu'il faut faire, c'est briser les liens qui nous retiennent.

Le président : Voilà une idée extrêmement intéressante.

Mes idées à ce sujet ont évolué, et je veux que vous me pointiez dans la bonne direction. Pendant 35 ans, j'ai participé à l'établissement d'un système de santé sur lequel les gens s'appuyaient lorsqu'ils tombaient malade. Dans ce genre de moment, les gens sont complètement absorbés par l'idée de guérir. Nous sommes maintenant confrontés au fait que nous ne pouvons plus nous permettre d'entretenir ce système. Nous ne pouvons plus offrir un accès équitable à tout un chacun, et le système ne fonctionne plus, puisque, dans de nombreux segments de la population, les gens ne conservent pas la santé grâce à ce système. Cependant, nous ne pouvons pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Nous devons préserver le système de prestation des soins de santé. Dans le contexte de la santé des populations, nous devons trouver un moyen de maximiser les avantages du système de prestation de soins de santé, de faire en sorte qu'il n'y ait plus de répercussions négatives sur les gens, comme par exemple lorsqu'on leur donne des médicaments dont ils n'ont pas besoin ou qui peuvent être nocifs pour eux. Nous devons pouvoir mettre les gens sur la voie de la guérison.

Je suis extrêmement impressionné par ce qui se passe dans les centres d'amitié. J'ai écouté les exposés qu'ont présentés leurs représentants plus tôt. Le sénateur Cook et le sénateur Cochrane ont parlé, pendant la pause, de ce qu'il s'agit d'un excellent modèle communautaire qui pourrait être appliqué à la question que j'ai abordée plus tôt, c'est-à-dire les Autochtones ou les Métis qui vivent à l'extérieur des réserves. Voilà une grande idée qui peut être appliquée pour bâtir d'excellents centres d'accès communautaire pour tous les services sociaux.

M. Ermine : Je voulais ajouter quelque chose par rapport à vos questions. Je songe de façon générale aux déterminants de la santé et à la santé des populations. En ce qui concerne une idée cadre, les Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC, ont effectué un travail considérable dans le contexte du programme des Cadres de développement de la capacité autochtone de recherche en santé, qui porte sur la santé des peuples indigènes et autochtones. Ils ont effectué un travail considérable pour

should follow to understand Aboriginal health. I know Dr. King has been involved with the Alberta ACADRE, and Dr. Bartlett in Manitoba and others across the country. A lot of discussion has occurred identifying how we can formulate our ideas and understand this notion of health.

The framework idea that has been contributed to CIHR — the notion of dialogue — is at the discussion stage with the Tri-Council Policy Statement. We are talking about Aboriginal peoples. I would like to latch on to Ms. Gideon's presentation on the historical foundation and treaty relationship. There is an affirmation that indigenous peoples societies and cultures do come from a certain kind of knowledge system and health system. The framework idea talks about dialogue. How do we understand the different perspectives that come to the table? One of them is health. As a researcher in Saskatchewan I have done considerable work with communities, with Cree thought and indigenous thought, around coming to terms with the notion of health. For example, when we are talking about health, the first impulse is to review statistics that talk about the pathology of our people. We are presented with statistics about how sick and how pathological we are. That is not really a discussion of health. It is a discussion of sickness.

How then do we talk about health? We need to talk about the optimum conditions of our people. We start from that premise. Dr. Hampton, who sent me here today, and I are just finishing a paper considering health from the Cree language. What does the Cree language have to say about the notion of health, and what is a healthy individual?

The dialogue is around ethical space. You can find CIHR literature on that. It calls for a dialogue on health and what is important about indigenous health. Indigenous thoughts are the ideas contained in our languages and in our cultural knowledge systems. We have not yet done this in this country. We have not yet achieved identifying what those ideas on health are. How do we get access to those ideas?

In research we are starting to do that. We are starting to get access to elders who talk about the knowledge system and how people are maintained in health. We are arriving at a position and at a time when we are starting to discuss those very important ideas that are contained in our communities with our people and our notions and ideas on health.

Everyone has mentioned that determinants of health are policy discussions. Very clearly an important policy that needs to be considered is the notion of dialogue. The people themselves must identify and start talking in terms of health. How do we shift this sense of ownership of health back to the people? Those are my comments.

déterminer des processus pertinents que nous devrions suivre pour mieux comprendre la santé autochtone. Je sais que le Dr King a participé à ce programme en Alberta, que la Dre Bartlett l'a fait au Manitoba et que d'autres l'ont fait dans l'ensemble du pays. Il y a eu beaucoup de discussions sur la manière dont nous pouvons formuler nos idées et comprendre cette idée de la santé.

L'idée cadre qui a été fournie aux IRSC — l'idée d'un dialogue — fait l'objet d'une discussion avec les responsables de l'Énoncé de politique des trois conseils. Nous parlons des peuples autochtones. J'aimerais revenir sur l'exposé de Mme Gideon sur le fondement historique et les relations qui existent dans le cadre de traités. On affirme que les sociétés et les cultures indigènes sont issues d'un autre système de connaissances et de santé. L'idée cadre propose un dialogue. Comment comprenons-nous les différents points de vue présentés? L'un de ceux-ci concerne la santé. À titre de chercheur de la Saskatchewan, j'ai effectué beaucoup de travail auprès des collectivités, en réfléchissant comme les Cris et comme les indigènes, sur le fait d'en finir avec l'idée de la santé. Lorsque nous parlons de santé, par exemple, le premier réflexe, c'est d'examiner les chiffres concernant les maladies chez les gens. On nous présente des chiffres sur l'ampleur de la maladie chez nous. Ce n'est pas vraiment une discussion sur la santé. C'est une discussion sur la maladie.

Comment, dans ce cas, parler de la santé? Nous devons parler du meilleur état dans lequel peuvent se trouver nos peuples. Nous partons de là. Le Dr Hampton, qui m'a envoyé ici aujourd'hui, et moi terminons tout juste un article sur la santé du point de vue de la langue crie. Qu'est-ce que la langue crie peut nous apprendre sur la santé, et à quoi reconnaît-on une personne en santé?

Le dialogue porte sur l'espace éthique. Vous pouvez consulter des documents publiés par les IRSC là-dessus. Ces documents prônent un dialogue sur la santé et parlent de ce qui est important au sujet de la santé indigène. Les idées indigènes sont les idées que contiennent nos langues et nos systèmes de savoir et de culture. C'est quelque chose que nous n'avons pas encore fait au pays. Nous n'avons pas encore réussi à déterminer quelles sont ces idées sur la santé. Comment accéder à ces idées?

Dans le cadre de travaux de recherche, nous commençons à le faire. Nous commençons à vouloir discuter avec des personnes âgées qui parlent du système des connaissances et de la façon de préserver la santé des gens. Nous avons atteint le point où nous commençons à discuter de ces idées très importantes qui circulent dans nos collectivités, chez nos peuples et qui sont nos idées sur la santé.

Tout le monde a dit que les déterminants de la santé font l'objet de débats sur les politiques. Il est très clair qu'une politique importante qu'il faut envisager, c'est l'idée de dialogue. Les gens eux-mêmes doivent commencer à parler de la santé. Comment faire en sorte que les gens se réapproprient un discours sur la santé? Voilà ce que j'avais à dire.

The Chairman: That is so true. An individual's health is his or her responsibility. Sometimes we forget about that and we blame governments and everyone else for our health. Our health is our own responsibility.

Yesterday I had the privilege of meeting some people from Cuba because I am very interested in their maternal and child health program. Through the kind of thing you were just talking about, they have a superb maternal, infant and child development health program, even though their health delivery system, compared to ours, would be considered very poor.

For example, autism is 100 times higher in Canada than it is in Cuba. It is absolutely fascinating that the ultimate sophistication in science in a laboratory in Toronto studying the neurological development of babies from birth through electroencephalography and so forth is coming out with the same information that family physicians are ferreting out in Cuba simply by looking after a mother through her pregnancy and following the child in early development and getting to know the families by going into homes.

There is profound wisdom in what you have just said. It has come out around the table. In the next arc of this we are talking about the information-gathering process, which is only half of the initiative. The other half must be to get back to the ground with the proper systems that will change things.

Forgive me: I am talking too much for a chairman. I am out of order.

Ms. Lys: I would like to build on some of the comments about the holistic vision of health. My colleagues in the Aboriginal Nurses Association of Canada have a basic philosophy that involves a different vision of health from the mainstream health care system in Canada. Ours is a more holistic version that includes emotional and spiritual health.

In terms of balanced holistic health, if you do not have mental, emotional and spiritual health, if you are not healthy in those ways, often the symptoms will come out in a physical way. The medical system in Canada deals with physical symptoms only — a little bit of mental health maybe, but not spiritual or emotional health. The spiritual and emotional health of Aboriginal peoples have been affected greatly by the history of our role in Canada and what has happened to us as Aboriginal people. The loss of culture has been very significant and is not talked about enough in relation to health.

To make a difference in health care in this country, we need to understand what has happened to Aboriginal people. Everyone must understand that. The people, the Aboriginal people, the politicians, the health care workers — everyone who has contact with Canada has to understand that history and how it has affected us.

Le président : C'est tellement vrai. La santé est une responsabilité personnelle. Il arrive que nous l'oublions et que nous blâmons les gouvernements et tout le monde sauf nous lorsque nous ne sommes pas en santé. Notre santé est notre propre responsabilité.

Hier, j'ai eu le privilège de rencontrer des gens de Cuba, parce que le programme de santé des mères et des enfants de ce pays m'intéresse beaucoup. Par l'intermédiaire du genre de choses dont vous venez tout juste de parler, ils ont un superbe programme de santé des mères et des enfants et de développement des enfants, même si leur système de prestation de soins de santé, comparativement au nôtre, serait jugé très faible.

Par exemple, il y a 100 fois plus de cas d'autisme au Canada qu'à Cuba. C'est absolument fascinant de voir que les travaux de recherche les plus complexes qui soient, qu'on effectue dans un laboratoire de Toronto où l'on étudie par encéphalographie le développement neurologique des enfants à partir de la naissance et ainsi de suite, permettent d'obtenir les mêmes renseignements que ceux que les médecins de famille de Cuba découvrent simplement en s'occupant de femmes enceintes, en suivant le développement des jeunes enfants et en apprenant à connaître les familles en les visitant chez elles.

Il y a une profonde sagesse dans ce que vous venez de dire. C'est ressorti autour de la table. Dans le prochain segment, nous allons parler du processus de collecte de renseignements, qui n'est que la moitié de l'initiative. L'autre moitié, il faut que ce soit de retourner sur le terrain pour mettre en place les systèmes qui vont permettre de faire bouger les choses.

Excusez-moi : je parle trop pour un président. Je devrais faire l'objet d'un rappel au Règlement.

Mme Lys : J'aimerais ajouter à quelques-unes des choses qui ont été dites au sujet d'une vision globale de la santé. Mes collègues de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada ont des principes de base qui forment une vision de la santé différente de ce qu'on trouve ailleurs au sein du système de santé du Canada. Notre vision est une vision plus globale, qui intègre la santé affective et spirituelle.

En ce qui concerne une vision globale et équilibrée de la santé, lorsqu'une personne n'est pas en santé sur les plans mental, affectif et spirituel, si elle n'est pas en santé à ces différents égards, il arrive souvent que les symptômes soient physiques. Le système médical du Canada ne traite que les symptômes physiques — un peu la santé mentale, peut-être, mais pas la santé spirituelle ou la santé affective. La santé spirituelle et affective des peuples autochtones a beaucoup été affectée par notre rôle historique au sein du pays et ce qui nous est arrivé. La perte culturelle a été très importante, et on ne parle pas suffisamment du rapport qu'il y a entre cette perte et la santé.

Au pays, pour faire avancer les choses en santé, nous devons comprendre ce qui est arrivé aux peuples autochtones. Tout le monde doit le comprendre. La population, les peuples autochtones, les politiciens, les travailleurs du domaine de la santé — tous les gens qui vivent au Canada doivent comprendre cette histoire et comment elle nous a affectés.

I have been a health care worker in the system for over 20 years. The biggest change in my way of practising came about when I met a medicine woman who explained what happened to our people in Canada. After you hear the true history of our people, it is impossible to sit on your hands and do nothing. The politicians and the health professionals in Canada have to understand that. They have to get the same message. They have to understand where we are coming from to understand where we are going.

Before we can have healthy Aboriginal people, we must have healing. We must bring healers into our communities. The Aboriginal people must heal first. We will not get physical health without first going through the emotional, social and spiritual consequences of the near loss of our culture in this country. That is what we need help with. We need help to get healers into our communities; we need support for that. In my community you could get a prescription to go to a medicine woman. That makes the doctors the gatekeepers of our way of healing. Many of the doctors would not agree with that so they would not give a prescription to go to a healer. We did manage to get that changed. However, the government wanted the traditional healers to have workers' compensation. They wanted them to have insurance before they could work with the people, which does not make sense because they are two different systems. It did not fit. In a way, it does not lend us to support the traditional healers in our community, but they are who we need to support because they are key players in changing the position of Aboriginal health in this country.

If there is a message to bring to the government, it is to have those positions in place to support Aboriginal healing in our communities. It is outside the box of the traditional health care system, but we have to think outside the box. What we are doing is not working.

Going back to the root cause of the loss of culture in the Aboriginal community, a key determinant of health and probably the biggest determinant of health is the relationship between the Aboriginal people and the federal government. You hear it always on the news that Aboriginals want an apology. In our community, if you do something that hurts someone else, you apologize. It is clear that the actions of the federal government have hurt Aboriginal people, but no apology has come. I do not understand it because I would think it is a simple thing, and it is the road to healing. For some reason there is a big roadblock. I probably do not understand the politics, but as an Aboriginal person from an Aboriginal community, that is the way we were raised. If you have hurt someone else, you say you are sorry and move on to mend the relationship. The relationship between Aboriginal people and the federal government must change. That is where the healing has to begin to change the health care of Aboriginal people.

Je travaille au sein du réseau de la santé depuis plus de 20 ans. Ce qui a le plus modifié ma pratique, c'est une rencontre avec une femme de médecine qui m'a expliqué ce qui est arrivé à notre peuple au Canada. Une fois que vous avez pris connaissance de la vraie histoire de notre peuple, il devient impossible de rester assis et de ne rien faire. Les politiciens et les professionnels de la santé du Canada doivent le comprendre. Ils doivent entendre le même message. Ils doivent comprendre nos origines pour comprendre où nous allons.

Pour que les peuples autochtones soient en santé, nous devons pouvoir guérir. Nous devons pouvoir faire venir des guérisseurs dans nos collectivités. Les peuples autochtones doivent guérir d'abord. Nous ne serons pas en santé, physiquement, avant de démêler les conséquences affectives, sociales et spirituelles de la perte presque complète de notre culture, au pays. C'est à cet égard que nous avons besoin d'aide. Nous avons besoin d'aide pour faire venir des guérisseurs dans nos collectivités; nous avons besoin de soutien pour le faire. Dans ma collectivité, on pourra avoir une ordonnance de consultation d'une femme de médecine. Ainsi, les médecins sont les gardiens de notre processus de guérison. Bon nombre de médecins n'étaient pas en faveur de cette méthode, alors ils ne donnaient pas d'ordonnances de consultation d'un guérisseur. Nous avons réussi à faire changer cela. Cependant, le gouvernement voulait que les guérisseurs traditionnels s'inscrivent dans le cadre du régime d'indemnisation des accidentés du travail. Ils voulaient qu'ils aient des assurances avant de pouvoir travailler avec les gens, ce qui n'a pas de sens, vu qu'il s'agit de deux systèmes différents. Ce n'était pas une bonne idée. En un sens, cela ne nous pousse pas à soutenir les guérisseurs traditionnels dans nos collectivités, mais c'est eux que nous devons soutenir, parce qu'il s'agit des intervenants les mieux placés pour modifier la situation de la santé autochtone au pays.

S'il y a un message à communiquer au gouvernement, c'est qu'il faut faire en sorte d'appuyer les méthodes de guérison autochtone dans nos collectivités. C'est quelque chose d'extérieur au système de santé traditionnel, mais nous devons penser d'une façon créative. Ce que nous faisons à l'heure actuelle ne fonctionne pas.

La cause fondamentale de la perte de culture qu'ont subie les Autochtones, un des principaux déterminants de la santé, et probablement le plus important, c'est la relation entre le peuple autochtone et le gouvernement fédéral. On entend toujours dire dans les actualités que les Autochtones attendent des excuses. Dans notre collectivité, quand une personne en blesse une autre, elle s'excuse. Il est clair que les gestes posés par le gouvernement fédéral ont fait du tort aux Autochtones, mais il n'y a pas eu d'excuses. C'est quelque chose que je ne comprends pas, parce que j'imagine que ce serait assez simple, et c'est la voie de la guérison. Pour une raison quelconque, il y a un gros blocage. Je ne comprends probablement pas la politique, mais c'est ainsi que j'ai été éduqué, comme Autochtone d'une collectivité autochtone. Lorsqu'on fait du tort à quelqu'un, il faut dire qu'on est désolé et réparer le tort qui a été fait. La relation entre le peuple autochtone et le gouvernement fédéral doit changer. C'est là qu'il faut que le processus de guérison commence à modifier la santé des Autochtones.

Senator Cochrane: Ms. Lys, I believe in the healing practices of the Aboriginal people. When I was in the Northwest Territories, Senator Sibbeston, who is from there, would go to the mountain to heal — I do not know if that is the correct word — but to tell all of his concerns to an older man with whom he would stay for a while until he felt he was healed. I thought that was fabulous. These practices are good.

I am trying to get some information now from you that will complete our study on population health. I would like to know how traditional Aboriginal healing practices fit in here. How does a population health approach interact with the traditional health framework? Do population health approaches account for indigenous traditional knowledge? Can you give us examples of where this has been the case? Can you identify for the committee the benefits of incorporating the traditional health and healing practices within the population health approach?

Ms. Lys: When you look at things from a traditional healing perspective and from a traditional health perspective, you look at them in a whole way. How has history affected Aboriginal people in a mental, spiritual and physical way? It helps you to understand the big picture. In health care we tend to look only at physical health. Even in terms of population health, we look at physical ailments, things that affect us physically. We do not know enough about the spiritual part of it. That is where the healing comes in. Medicine women and medicine men work with us to make us understand that there is a spiritual component to every single thing we do and that we are connected to every other thing. Aboriginal people are very much connected with the government. We are all connected. Everyone in this room is connected in one way or another.

It makes us approach things differently and treat people differently when we are all equal and interrelated. Personally, I work with a medicine woman. As a healer myself, as a nurse practitioner, I find that I have to be strong to work with other people and to help them heal and be healthy. I work with a traditional healer myself to keep me grounded.

Senator Cochrane: Perhaps others would like to contribute.

Dr. Shah: I will give you first the evidence. We had been looking at the literature for the impact of spirituality on health, not necessarily religion, but spirituality. Back in 2000 we made some presentations and it came out that we could "avert 42,000 deaths a year" if we were to be more spiritual. This is for all the Canadian population. That is equivalent to smoking-related deaths. It has also been shown in the literature that if you are "spiritual," you will have less mental illness, there will be fewer admissions to psychiatric hospitals and you will take less medication. That is with respect to the mental health area. On

Le sénateur Cochrane : Madame Lys, je crois au bien-fondé des pratiques de guérison de peuples autochtones. Lorsque j'ai visité les Territoires du Nord-Ouest, le sénateur Sibbeston, qui vient de là-bas, se rendait à la montagne pour guérir — je ne sais pas si c'est le bon terme —, mais pour faire part de toutes ses préoccupations à un homme plus vieux que lui, avec qui il restait un bout de temps, jusqu'à ce qu'il se sente guéri. J'ai pensé que c'était fabuleux. Ce sont de bonnes pratiques.

J'aimerais maintenant obtenir de vous des renseignements qui vont nous permettre de terminer notre étude sur la santé des populations. J'aimerais savoir comment les pratiques de guérison traditionnelles des Autochtones s'inscrivent dans ce cadre. Comment l'approche de la santé des populations et le cadre traditionnel de la santé sont-ils liés? Est-ce que les approches du domaine de la santé des populations tiennent compte du savoir traditionnel indigène? Pouvez-vous nous donner des exemples où ça a été le cas? Pouvez-vous nous parler des avantages de l'intégration des pratiques traditionnelles en matière de santé et de guérison à l'approche de la santé des populations?

Mme Lys : Lorsque vous envisagez les choses du point de vue traditionnel sur la guérison et la santé, vous les envisagez d'une façon globale. Quel effet mental, affectif et physique les événements historiques comptent-ils produire sur le peuple autochtone? Il est utile d'avoir une idée générale de la chose. En santé, nous avons tendance à n'envisager que la santé physique. Même lorsqu'il s'agit de la santé des populations, nous examinons les problèmes physiques, les choses qui nous touchent physiquement. Nous ne savons pas suffisamment de choses sur la part qui est spirituelle. C'est là que la guérison intervient. Les femmes et les hommes de médecine travaillent avec nous pour nous faire comprendre que chaque geste que nous posons a une composante spirituelle et que nous sommes liés à tout ce qui nous entoure. Les Autochtones sont très liés au gouvernement. Nous sommes tous liés. Tous les gens qui sont ici sont liés d'une manière ou d'une autre.

Nous abordons les choses de façons différentes, et nous traitons les gens de façons différentes lorsque nous sommes tous égaux et liés. Personnellement, je travaille avec une femme de médecine. Comme guérisseuse, et comme infirmière praticienne, je constate que je dois être forte pour travailler avec les gens et les aider à guérir et à être en santé. Je travaille moi-même avec un guérisseur traditionnel pour me ressourcer.

Le sénateur Cochrane : Peut-être d'autres personnes veulent-elles intervenir.

Dr Shah : Je vais commencer par vous présenter les faits. Nous avons passé en revue la documentation concernant les répercussions de la spiritualité sur la santé, pas nécessairement la religion, mais la spiritualité. En 2000, nous avons présenté quelques exposés, et il a été dit que nous pourrions « éviter 42 000 décès par année » si nous nous occupions davantage des choses spirituelles. Ce chiffre vaut pour l'ensemble de la population canadienne. Il équivaut au nombre de décès liés à la cigarette. La documentation montre aussi qu'une plus grande spiritualité fait décroître l'incidence de la maladie mentale, le nombre

the physical level, there is much evidence indicating that you will have fewer occurrences of disease. I can provide that framework for you. That is the science part of it.

I have worked for the last 10 years in a clinic associated with the Aboriginal Health Centre, and there is a traditional healer located three doors down. We refer patients back and forth. There has been a loss or suppression of the spiritual concept. People tend to avoid it. There is a lot of anger and resentment at the individual level in the patients I see. Western medicine does not have much to offer there. We are very fortunate to have healing facilities available in downtown Toronto, and I have sent patients to the healer or elder there. After their visits, they have come out healed.

I want to make an important differentiation. Healing and curing mean two different things. In medicine, we cure people. If you have strep throat, I give you penicillin and you will be okay. However, in certain situations you may not be completely cured where you may be healed. Therefore, people have a feeling of resolution.

Aside from sending my patients to healers, I also send many of them to a naming ceremony, for example. If I could accomplish one thing with my patients, it would be for them to regain self-identity.

Senator Cochrane: Where do you send your people?

Dr. Shah: These facilities are located at or near the same clinic. At the Aboriginal Health Centre, we have elders, traditional healers and I call my assistance paratraditional services. In medicine, it is known as paramedical services.

That is what we do there. These are important elements in terms of the whole healing process because it is important for people to regain self. When people regain self-identify, they become much healthier.

Senator Cochrane: I am reading a book and listening to tapes about something called *The Secret*, and that is what it is all about.

Ms. Wolski: First I have a couple of things to say about the traditional approach to healing, and then I want to address the data question.

With respect to practical ways to address these issues, Health Canada has implemented the Aboriginal Health Human Resources Initiative. They are looking at increasing the number of doctors, nurses, health practitioners and that kind of thing in Canada. Of course, the traditional piece is left out. There are significant dollars available if you want to become a doctor or a nurse, but there is nothing available if you want to follow your traditional healer around in your community and learn from that

d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques et la quantité de médicaments pris. Voilà ce qui concerne la santé mentale. Sur le plan de la santé physique, beaucoup de données indiquent que c'est lié à une diminution des cas de maladie. Je peux vous fournir le cadre en question. Voilà pour l'aspect scientifique.

J'ai travaillé pendant les dix dernières années dans une clinique affiliée au Centre de santé autochtone, et il y a un guérisseur traditionnel trois portes plus loin. Nous nous recommandons mutuellement des patients. Il y a eu une perte ou une suppression de l'idée de spiritualité. Les gens ont tendance à l'éviter. Il y a beaucoup de colère et de ressentiment chez les patients que je rencontre. La médecine occidentale n'a pas beaucoup à offrir à cet égard. Nous avons beaucoup de chance de disposer de lieux de guérison au centre-ville de Toronto, et j'y ai envoyé des patients pour qu'ils rencontrent le guérisseur ou l'aîné qui se trouve là-bas. Les patients en question sont revenus guéris.

Je veux établir une importante distinction. La guérison et le traitement sont deux choses différentes. En médecine, on traite les gens. Si vous avez une angine streptococcique, je peux vous prescrire de la pénicilline, et tout va bien aller. Cependant, il y a des cas où le traitement ne peut permettre un rétablissement complet, mais où il est tout de même possible de « guérir ». Ainsi, les gens se sentent résolus.

J'envoie mes patients voir des guérisseurs, mais j'en envoie aussi beaucoup participer à des cérémonies de dénomination, par exemple. La chose la plus importante que je peux accomplir avec mes patients, c'est de leur permettre de retrouver leur identité propre.

Le sénateur Cochrane : Où envoyez-vous les gens dont vous vous occupez?

Dr. Shah : Les centres dont nous parlons se trouvent à la clinique ou près de celle-ci. Au Centre de santé autochtone, il y a des aînés, des guérisseurs traditionnels et l'aide que j'offre, que j'appelle des services paratraditionnels. En médecine, on dit « services paramédicaux ».

C'est ce que nous faisons là-bas. Ce sont des éléments importants au regard de l'ensemble du processus de guérison, parce que c'est important que les gens retrouvent leur identité. Lorsqu'ils retrouvent leur identité propre, ils sont beaucoup plus en santé.

Le sénateur Cochrane : Ces jours-ci, je lis un livre et j'écoute des enregistrements au sujet de quelque chose qu'on appelle *The Secret*, et c'est de ça dont il s'agit.

Mme Wolski : Je veux commencer par dire deux ou trois choses au sujet de la façon traditionnelle d'aborder le processus de guérison, puis je veux répondre à la question sur les données.

En ce qui concerne les moyens pratiques de régler les questions soulevées, Santé Canada a mis en œuvre l'Initiative des ressources humaines en santé pour les Autochtones. Le ministère envisage une augmentation du nombre de médecins, d'infirmières et des autres professionnels de la santé au Canada. Bien entendu, on ne parle pas de la médecine traditionnelle. Il y a beaucoup d'argent pour aider les gens à devenir médecins ou infirmières, mais il n'y a rien pour permettre à quelqu'un de suivre un guérisseur

person. There is nothing there to encourage students and youth to take that route. There is also no support for the Aboriginal healers in our communities to ensure that information and knowledge get transferred. There is nothing right now, although something could have been made available under that initiative.

The second thing I wanted to talk about was the data question. I wanted to touch on what the Assembly of First Nations, AFN, had said and what the Metis nation had talked about as well as the Inuit in Canada. From a First Nations and Inuit perspective, they have been researched to death. However, from the Metis and off-reserve perspective, there is almost a request to research them back to life. As you know, data drives policy development. If the data is not there, there will not be any policy for off-reserve, non-status Aboriginal people in Canada. I wanted to drive that point home.

I know Dr. Kue Young from the University of Toronto testified before you I believe in April or May. I will read a quote from him:

The proportion of papers does not reflect the demographic composition of aboriginal people in Canada, with severe under-representation of Métis, urban aboriginal people, and First Nations people not living on reserves . . .

This person who has been a lead researcher in Canada for 35 or 40 years is telling us that we need to get data for that off-reserve population because right now the lack of data would seem to indicate that there is no need off reserve.

The Chairman: I hope to get more of that figured out today before we leave here.

Dr. Adams: I will speak from a mainstream perspective as a public health official for the province of British Columbia and as a Western-trained family doctor.

There are perhaps limitations to the population health approach that we have been encountering. A public health approach is really quite complex, looking at Aboriginal populations over a large area. It has certainly been difficult in my role to determine what the priorities are. We have mentioned a couple hundred already.

To try to focus on the goal, looking at healthy communities and healthy individuals simultaneously is difficult. However, it is something that we have done as indigenous people forever. A population health approach from an Aboriginal perspective does make some sense.

I hope that we all understand that health is more than just health services. In population health, we struggle to distinguish between the two.

traditionnel dans sa collectivité et apprendre des choses de lui. On ne fait rien pour encourager les étudiants et les jeunes à suivre cette voie. On ne soutient d'aucune façon les guérisseurs autochtones de nos collectivités pour garantir la transmission de l'information et des connaissances. A l'heure actuelle, il n'y a donc rien, même si on aurait pu rendre certaines choses accessibles dans le cadre de l'initiative.

La deuxième chose dont je voulais parler, c'était de la question des données. Je voulais dire un mot sur ce que l'Assemblée des Premières nations, l'APN, a dit, ainsi que sur ce que la nation métisse et les Inuits du Canada ont dit. Pour ce qui est des Premières nations et des Inuits, on les a étudiés jusqu'à ce que mort s'ensuive. Cependant, dans le cas des Métis et des Autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves, on voudrait pratiquement les ramener à la vie en les étudiant. Comme vous le savez, l'élaboration des politiques s'appuie sur les données. S'il n'y a pas de données, il n'y aura pas de politiques visant les Autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves ou qui n'ont pas le statut d'Autochtone au Canada. Je voulais que cela soit clair.

Je sais que le Dr Kue Young de l'Université de Toronto a témoigné devant vous, en avril ou en mai, je crois. Je vais le citer :

Les articles ne sont pas répartis en fonction de la situation démographique des Autochtones du Canada, les Métis, les Autochtones qui vivent en milieu urbain et les membres des Premières nations qui ne vivent pas dans les réserves étant vraiment sous-représentés [...]

Cet homme qui est un éminent chercheur du Canada depuis 35 ou 40 ans nous dit que nous devons obtenir des données sur la population à l'extérieur des réserves, parce que, à l'heure actuelle, l'absence de données semble indiquer qu'il n'y a pas de besoins à l'extérieur des réserves.

Le président : J'espère pouvoir mieux comprendre cette question avant la fin de la réunion d'aujourd'hui.

Dr Adams : Je suis agent de l'hygiène publique en Colombie-Britannique et j'ai été formé à la médecine familiale dans le système occidental, alors je vais vous donner le point de vue d'une personne qui œuvre au sein du réseau de la santé.

Nous sommes peut-être confrontés aux limites de l'approche de la santé des populations. Adopter une approche de santé publique, c'est-à-dire se pencher sur la situation de populations autochtones réparties dans une vaste région, est vraiment très complexe. Il a certainement été difficile pour moi, dans le cadre de mon travail, de déterminer les priorités. Nous en avons déjà mentionné tout un lot.

Pour essayer de se concentrer sur l'objectif, envisager à la fois la santé des collectivités et celle des gens est difficile. Cependant, c'est quelque chose que les Autochtones font depuis toujours. Il est sensé d'adopter une approche de santé des populations du point de vue autochtone.

J'espère que nous comprenons tous que la santé, c'est davantage que les services de santé. Dans le contexte de la santé des populations, nous luttons pour établir la distinction entre les deux.

Population health theory also does not quite understand the diversity of Aboriginal populations yet. We are diverse. We have talked about how we live in the cities and in rural areas; we are Metis, Inuit and First Nations peoples. Some of us are working on the ground, some are experts working in city centres, some in centres of knowledge or in silos.

In British Columbia, we have managed to work with the provincial and federal governments in a spirit of trust, recognition and respect for Aboriginal rights and title. I hope the time of making decisions on Aboriginal health without Aboriginal people is over. We are not just advisors in our health. We are equal partners with provincial and federal governments. Therefore, our indigenous ways of knowing in health must be front and centre. This idea of a persistent dialogue and consultation needs to be there.

Unfortunately, we have very poor data about Aboriginal people. The whole idea of public health is about evidence-based medicine, which actually fails terribly in Aboriginal communities because we have terrible evidence about Aboriginal people. For instance, we do not know how hypertensive drugs affect Aboriginal people. Do they affect us the same as, for example, the Framingham study participants in the U.K.? We do not know. We do not know what is happening with Aboriginal women and diabetes. We do not even know how many Aboriginal people there are in Canada.

Even if Statistics Canada were responsive to us — and they are trying — how could we access that data? For instance, for three years Indian and Northern Affairs Canada has not shared their data on how many Metis there are and how much they pay out for us in the province of B.C., let alone for Aboriginal peoples.

The theory of public health is still just a theory. The lion's share of the work for Aboriginal peoples has been done by front-line workers in Aboriginal communities. I would hate to see the idea of public health becoming reductionist again and pushing aside indigenous realities of how we are accomplishing our health status, and I would hate for public health to become so rarefied that it excludes the workers.

I am a public health official in the province of B.C. I am an advisor to all the Aboriginal workers in the province. It is unfortunate that a public health theory means that the elders and the workers in the communities feel they do not understand the work they are doing. Those workers are important, and I would hate to diminish their authority and efficacy. We need to

Les principes de la santé des populations ne tiennent pas encore tout à fait compte de la diversité des populations autochtones. Nous formons un groupe hétérogène. Nous avons parlé du fait que nous vivons dans les villes et dans les milieux ruraux, du fait que nous sommes des Métis, des Inuits ou des membres d'une Première nation. Certains d'entre nous travaillent sur le terrain, d'autres sont des spécialistes qui travaillent dans les centres urbains, parfois dans des centres de savoir ou dans des compartiments.

En Colombie-Britannique, nous avons réussi à travailler avec les gouvernements provincial et fédéral dans un esprit de confiance, de reconnaissance et de respect pour les droits et les titres autochtones. J'espère que l'époque des décisions concernant la santé autochtone prises sans consulter les Autochtones est révolue. Nous ne sommes pas que des conseillers, en ce qui concerne notre santé. Nous sommes les partenaires à part entière des gouvernements provincial et fédéral. Ainsi, notre façon d'aborder les connaissances sur la santé doit occuper une place prépondérante. Il faut que l'idée d'une consultation et d'un dialogue continu occupe une place importante.

Malheureusement, les données dont nous disposons sur les Autochtones sont de piètre qualité. La santé publique, c'est la médecine fondée sur des données, et c'est un échec total dans les collectivités autochtones, parce que les données sur les Autochtones sont vraiment de mauvaise qualité. Nous ne savons pas, par exemple, quel est l'effet des médicaments pour l'hypertension sur les Autochtones. Ont-ils le même effet sur nous que, par exemple, sur les participants à l'étude Framingham, réalisée au Royaume-Uni? Nous ne le savons pas. Nous ne savons pas quelle est la situation des femmes autochtones par rapport au diabète. Nous ne savons même pas combien il y a d'Autochtones au Canada.

Même si Statistique Canada essayait de nous aider — et c'est ce que l'organisation fait — comment pourrions-nous accéder à ces données? Par exemple, il y a trois ans que Affaires indiennes et du Nord Canada n'a pas publié ses données sur le nombre de Métis et sur l'argent qu'on nous verse en Colombie-Britannique, et encore moins sur l'argent qu'on verse à l'ensemble des Autochtones.

Les principes de santé publique demeurent des principes. Ce sont les intervenants de première ligne des collectivités autochtones qui ont effectué la majeure partie du travail pour les Autochtones. Je détesterais voir l'idée de santé publique redevenir réductrice et mettre de côté la réalité autochtone, c'est-à-dire notre manière de préserver notre santé, et je détesterais voir la santé publique devenir si limitée qu'elle exclurait les intervenants.

Je suis agent de l'hygiène publique en Colombie-Britannique. Je conseille tous les travailleurs autochtones de la province. Il est malheureux que les principes de la santé publique aient pour conséquence que les aînés et les travailleurs des collectivités ont l'impression de ne pas comprendre le travail qu'ils font. Ces travailleurs jouent un rôle important, et je ne voudrais surtout pas

empower them. Along with acceptance of a public health approach, we need to build capacity, and that is an important idea.

Second, our relationships and governance with other health officials and organizations need to continue. Unfortunately, we have been working in relative isolation, with few health officials putting part of their brainpower toward Aboriginal health, and that needs to change.

The Chairman: Allow me to focus your remarks. I have been of the impression that to gain control of your destiny in the way you are speaking about, we need community health and social services centres because they can be tailored to meet the needs of a community, whereas the big programs and hospitals — public health from 30,000 feet, so to speak — do not get to the ground and do not take on the persona that is necessary to change the situation in a community from being unhealthy to healthy.

Do you have any such structure in B.C.? What is your interface with the ground in B.C.? By “the ground” I mean the people you work with hands on.

Dr. Adams: The most important idea I wish to convey is that it is about relationships and governance, that we are equal players and sit equally with our provincial Minister of Health, George Abbott, and our federal Minister of Health, Tony Clement. We need to have recognition of the Aboriginal leaders who represent our interests in regard to health service gaps and information gaps, and we need recognition of indigenous ways of knowing. That is fundamental before we tackle the more complex issues brought up today of Aboriginal health, human resources, beefing up services such as the friendship centres, how to deal with a lack of information about Metis people and how to bring Aboriginal women's health to the fore. We cannot do that unless we are equal players. The recognition of our governance needs to occur first before we start the nuts and bolts of this public health care theory. Aboriginal people have been in charge of their own health for a long time. Our expertise and our front-line workers are unrecognized for doing the majority of the work, unfortunately.

The Chairman: You are not integrated with the provincial and federal services.

Dr. Adams: Exactly, and that is where we need to be better connected.

minimiser leur autorité et leur efficacité. Il faut les habiliter. En même temps que nous adoptons une approche de santé publique, nous devons renforcer les capacités, et c'est une idée importante.

Deuxièmement, nos relations et la gouvernance en collaboration avec les autres agents et organisations de la santé doivent se poursuivre. Malheureusement, nous avons travaillé de façon relativement isolée, quelques agents de la santé seulement ayant mis leur matière grise au service de la santé autochtone, et il faut que cette situation change.

Le président : Permettez-moi de préciser ce que vous avez dit. J'avais l'impression que, pour que vous preniez votre destin en main comme vous l'avez décrit, nous avons besoin des centres communautaires de services sociaux et de santé, parce qu'il est possible de les adapter pour qu'ils répondent aux besoins des collectivités, tandis que les gros programmes et les grands hôpitaux — qui voient la santé publique de haut, pour ainsi dire — n'atteignent pas les gens sur le terrain et n'ont pas l'attitude nécessaire pour faire passer une collectivité de la mauvaise santé à la santé.

Y a-t-il une structure du genre en Colombie-Britannique? Quelle est votre interface avec le terrain, en Colombie-Britannique? Par « le terrain », j'entends les gens avec qui vous travaillez, en pratique.

Dr Adams : L'idée la plus importante que je souhaite communiquer, c'est celle des relations et de la gouvernance, celle selon laquelle nous sommes des joueurs à part entière et qui siègent à part entière dans les réunions avec notre ministre provincial de la Santé, George Abbott, ainsi que notre ministre fédéral de la Santé, Tony Clement. Il faut qu'on reconnaisse les dirigeants autochtones qui défendent nos intérêts par rapport aux lacunes en matière de service de santé et d'information, et il faut qu'on reconnaisse les façons autochtones de constituer un savoir. C'est quelque chose qu'il est essentiel que nous fassions avant de nous attaquer aux questions plus complexes qui ont été soulevées aujourd'hui, celles de la santé autochtone, des ressources humaines, de l'expansion de services comme ceux offerts par les centres d'amitié, de la façon de régler le problème du manque d'information au sujet des Métis et de la façon de faire occuper à la question de la santé des femmes autochtones une place à l'avant-plan. C'est quelque chose que nous ne pourrions faire à moins d'être des intervenants à part entière. Il faut qu'il y ait reconnaissance de notre gouvernance avant que nous abordions dans le détail les principes de santé publique. Il y a longtemps que les Autochtones s'occupent eux-mêmes de leur santé. Malheureusement, notre expertise n'est pas reconnue, tout comme le fait que ce sont les intervenants de première ligne qui font la majeure partie du travail n'est pas reconnu.

Le président : Vos services ne sont pas intégrés aux services provinciaux et fédéraux.

Dr Adams : Exactement, et c'est à cet égard que nous avons besoin de meilleurs liens.

The Chairman: My point is that no matter what your governance structure is in the great Canadian mosaic, I do not think you can bring about control of your destiny in terms of health promotion and health services unless you can develop it at that level.

Dr. Shah: Quebec has done that. I visited the James Bay Cree community last week. They have a local community social services centre called CLSC. They have organized health services very well for a whole Cree community. That might be a model for you to look at.

The Chairman: I am familiar with the CLSCs. As a young doctor, I worked at a CLSC during the summer. They have been going more than 35 years.

Dr. Shah: Aboriginal communities have no models that combine public health and health and social services, and I was impressed to see that model there.

The Chairman: It is a very good model; you are right.

Cynthia Stirbys, Research and Policy Analyst, Assembly of First Nations: I am here in place of Ms. Gideon now. I appreciate the opportunity to speak.

Many have talked about whether traditional approaches can be incorporated into the population health model and about holistic approaches to health. We have been speaking about the gaps in health, and Dr. Adams spoke about the indigenous ways of knowing.

I would like to provide an example. In my final research for my master's degree, I wrote about Aboriginal midwifery. I think this example will illustrate many of the comments brought forward today.

Earlier today, Ms. Dumont-Smith mentioned gender. At the Assembly of First Nations we are developing a gender-balanced analysis. It is quite different from a gender-based analysis. We are talking about balancing the roles between men and women, and health comes into that. We talk about four areas: spiritual, mental, physical and emotional.

I want to use the midwifery model as an example of holistic health and to illustrate some of the gaps that exist today. Health begins at birth. It does not happen when you enter kindergarten or grade school or when you go through puberty; it begins early on. When we look at health and gender and the impacts between men and women, it is often the women and children who are further marginalized because of legislation and policy that unfortunately creates the gaps through which they fall.

In the past, Aboriginal women were strong. They worked together to sustain the health of their communities. If the women in the community are not healthy, the whole community

Le président : Ce que je dis, c'est que, peu importe votre structure de gouvernance au sein de la grande mosaïque canadienne, je ne pense pas que vous puissiez prendre votre destin en main, en ce qui concerne la promotion de la santé et les services de santé, à moins que vous ne vous attaquiez à cette question à cette échelle.

Dr Shah : Le Québec l'a fait. J'ai visité la collectivité crie de la Baie James la semaine dernière. Il y a là-bas ce qu'on appelle un centre local de services communautaires ou CLSC. Il y a des services de santé très bien organisés pour l'ensemble de la collectivité crie. C'est peut-être un modèle que vous pourriez envisager.

Le président : Je connais les CLSC. Quand j'étais jeune médecin, j'ai travaillé dans un CLSC pendant l'été. Ces centres existent depuis plus de 35 ans.

Dr Shah : Les collectivités autochtones n'ont aucun modèle combinant la santé publique et les services sociaux et de santé, et j'ai été impressionné de voir ce modèle là-bas.

Le président : C'est un très bon modèle; Vous avez raison.

Cynthia Stirbys, chercheuse et analyste des politiques, Assemblée des Premières nations : Je remplace Mme Gideon. Je suis heureuse d'avoir l'occasion d'intervenir.

Beaucoup de gens ont posé la question de savoir s'il est possible d'intégrer les méthodes traditionnelles au modèle de la santé des populations et ont parlé des approches globales de la santé. Nous avons parlé des lacunes en santé, et le Dr Adams a parlé des façons autochtones de constituer un savoir.

J'aimerais vous donner un exemple. Le travail de recherche final pour ma maîtrise portait sur la profession de sage-femme chez les Autochtones. Je pense que mon exemple va illustrer beaucoup de choses qui ont été dites aujourd'hui.

Tout à l'heure, Mme Dumont-Smith a parlé des sexes. À l'Assemblée des Premières nations, nous élaborons un processus d'analyse fondé sur l'équilibre entre les sexes. C'est quelque chose de très différent de l'analyse comparative entre les sexes. Nous parlons de trouver un équilibre entre les rôles des hommes et des femmes, mais la santé fait partie de cela. Nous parlons de quatre domaines : spirituel, mental, physique et affectif.

Je veux donner le modèle de la profession de sage-femme comme exemple d'une approche globale de la santé et pour illustrer certaines des lacunes actuelles. La santé commence à la naissance. Ce n'est pas quelque chose qui vous arrive lorsque vous êtes à la maternelle ou au primaire, ou encore à la puberté; c'est quelque chose qui commence tôt. Lorsque nous nous penchons sur la santé, les différences entre les sexes et les répercussions chez les hommes et chez les femmes, nous constatons que c'est souvent les femmes et les enfants qui sont davantage marginalisés par les lois et les politiques, qui, malheureusement, créent les lacunes dont ils sont victimes.

Dans le passé, les femmes autochtones étaient fortes. Elles travaillaient ensemble à préserver la santé de leur collectivité. Si les femmes des collectivités ne sont pas en santé, toute la

disintegrates, as do the children. Indian residential school is a good example of what has happened in our communities in terms of the disintegration of our relations.

Historically, girls were trained in midwifery, traditional knowledge and medicines early on. By the time they were 10 to 12 years old, they would know hundreds of herbal medicines. By the time they were teenagers, they were delivering babies. By the time they were 20 years old, they were already very experienced. The standard is high in our communities.

The problem today is the evacuation policy. When Aboriginal women are evacuated at 36 weeks of pregnancy, they are taken away from family, support systems and their children, and when they are taken into the hospital they are going into a place perhaps for the first time. They are spending weeks alone; there is foreign food; they do not understand; and they are in an urban setting. I still walk into hospitals and am a little afraid of the noises and the smells. Imagine how unnerving that is for someone who has never been in that environment.

Through this research, I took the Bronfenbrenner socio-ecological model and adapted it to a midwifery socio-ecological model, and it demonstrated that when legislation is brought in, the medical systems and all those components do not come together in a holistic way to create an environment for a woman to have a healthy birth. For example, when women come out of their communities, there are many added stressors, such as being separated from support systems and being unfamiliar with their surroundings. Often in that stressful environment, women are not able to give birth easily. Before the medical model came in and women were moving away from midwifery, many women could give birth without pain and without assistance because it was an easy, natural process. In a hospital setting when there are schedules, many women are forced. They do not have the option of saying, "I want to have a traditional, natural birth," or "I want to have that combined Western model with the traditional model, so I can have the best of both worlds." That choice is often not given. Many women will have C-sections, and some are not aware they have had their babies because they are not fully awake when it happens.

The socio-ecological model shows that your spiritual health is practically non-existent when you are evacuated from a community. The element of celebration of birth is taken away. Traditionally, giving birth in our communities was a celebration because you are giving birth to future leaders. In terms of emotional state, a woman does not feel safe or secure, which makes it a much more difficult situation for her. That goes to the physical as well. Of course, the mental stressors of being in a strange, foreign environment and being unsure of the process that is happening can be difficult.

collectivité se désintègre, les enfants y compris. Les pensionnats indiens sont un bon exemple de ce qui s'est produit dans nos collectivités, de la désintégration de nos relations.

Dans le passé, on formait les filles pour qu'elles deviennent sages-femmes, on leur transmettait le savoir traditionnel et la connaissance des remèdes traditionnels très tôt. À l'âge de 10 ou 12 ans, elles connaissaient déjà des centaines d'herbes médicinales. À l'adolescence, elles mettaient des enfants au monde. Rendues à 20 ans, elles étaient déjà très expérimentées. Les normes sont élevées dans nos collectivités.

Le problème, aujourd'hui, c'est la politique d'évacuation. Lorsque les femmes autochtones sont évacuées à la 36^e semaine de leur grossesse, on les enlève à leur famille et à leurs enfants, et on leur enlève l'accès aux systèmes de soutien, et lorsqu'on les amène à l'hôpital, c'est un endroit qu'elles visitent peut-être pour la première fois. Elles passent des semaines seules, elles mangent de la nourriture à laquelle elles ne sont pas habituées, elles ne comprennent pas ce qui se passe et elles se trouvent en milieu urbain. Encore aujourd'hui, lorsque j'entre dans un hôpital, je suis un peu craintive, à cause des bruits et des odeurs. Imaginez à quel point ça peut rendre nerveuse une personne qui ne s'est jamais trouvée dans ce genre de milieu.

Dans le cadre de ce travail de recherche, j'ai adapté le modèle socio-écologique Bronfenbrenner à un modèle socio-écologique de la profession de sage-femme, et j'ai montré que, par l'intervention de la loi, les systèmes médicaux et tous les autres éléments ne s'agencent pas de façon globale pour créer un milieu dans lequel une femme peut donner naissance de façon saine. Lorsque les femmes sortent de leur collectivité, par exemple, elles sont confrontées à beaucoup plus de facteurs de stress, par exemple le fait d'être privées des systèmes de soutien et de ne pas être habituées à ce qui les entoure. Il arrive souvent, dans ce milieu stressant, que les femmes aient du mal à accoucher. Avant l'arrivée du modèle médical et l'abandon par les femmes de la profession de sage-femme. Beaucoup de femmes accouchaient sans douleur et sans aide, parce que c'est un processus facile et naturel. Dans le milieu hospitalier, où il y a des horaires, beaucoup de femmes sont forcées. Elles ne peuvent pas dire : « Je veux accoucher de façon traditionnelle et naturelle », ou encore « J'aimerais combiner le modèle occidental et le modèle traditionnel, de façon à obtenir le meilleur des deux mondes. » C'est souvent un choix qu'on ne leur offre pas. Beaucoup de femmes accouchent par césarienne, et certaines d'entre elles ne savent pas très bien si elles ont accouché parce qu'elles ne sont pas tout à fait éveillées lorsque cela se produit.

Le modèle socio-écologique montre que la santé spirituelle est pratiquement absente lorsqu'une personne est évacuée de sa collectivité. L'élément de célébration de la naissance est supprimé. Traditionnellement, donner naissance, dans nos collectivités, était une occasion de célébrer, parce qu'on donnait naissance à de futurs chefs. Sur le plan affectif, les femmes ne se sentent pas en sécurité ou en sûreté, ce qui rend la situation beaucoup plus difficile pour elles. Cela s'applique sur le plan physique aussi. Bien entendu, il est difficile de vivre avec les facteurs de stress que sont le fait de se trouver dans un milieu bizarre et étranger et de n'être pas sûr de ce qui se passe.

The biggest thing I wanted to note, and it was stated already, is that not until that birth remains in the community and is in the control of the women and the community can you make big changes. This research showed that when women are evacuated, the effects are long-term, not just for a couple of weeks. It might take up to three months before the family is introduced to the baby. Therefore, you have lost all that time and opportunity for bonding, and long-term bonding impacts people's health and their relations in the future.

Health begins at birth, and it is possible to work with the communities to ensure safe births. The Inuit are leaders in this area. They have shown how it is possible to merge the two models together.

The Chairman: This is tremendously important stuff, Ms. Stirbys. I used to say that, too. I was a heart surgeon. I do not know anything about birth, but when I first started thinking about this, I used to say that life begins and we have to get to the baby. Then Fraser Mustard took me to task on that when I was speaking in Toronto. He said that I was missing the whole point. Life begins at conception. You must take care of the mother if you are going to take care of the child. A child born of a physically and mentally healthy mother will most likely be a healthy child and will have a great future. A child born of a mentally and physically unhealthy mother has terrible problems. They have something like a dozen times the incidence of cancer before age 30 and a dozen times the incidence of congenital heart disease, et cetera.

You are on the right path. I would back it up further because the care of the mothers in the community is one of the most important things we can do. I want you people to straighten out old senators like us. I am convinced that you have to control your own destiny at the community level from the point of view of health and social policy.

On that note, we will take a brief break, and I would like you to think about the kind of policy and programmatic changes we need to advance the population health agenda in your communities. What changes do we need? What are we doing wrong here? As Dr. Bartlett pointed out, there is nothing new about population health. We have been talking about it for 35 years. Why has it not worked?

Senator Cook: I listened carefully this morning to attempt to understand whether there were any peculiar determinants of health, because I saw them as barriers. I would like you to comment on them.

La chose la plus importante que je voulais signaler, et c'est quelque chose qu'on a déjà dit, c'est que ce n'est pas avant que les femmes recommencent à accoucher dans leur collectivité, sous la surveillance des femmes et des autres membres de la collectivité, qu'on pourra apporter de grands changements. Dans le cadre de mes recherches, j'ai montré que, lorsque les femmes sont évacuées, les effets durent longtemps, pas seulement deux ou trois semaines. Ça peut prendre jusqu'à trois mois avant qu'on présente l'enfant à la famille. Ainsi, tout ce temps est perdu, comme l'occasion de créer des liens, et les liens à long terme ont des répercussions sur la santé des gens et sur les relations qu'ils vont entretenir dans l'avenir.

La santé commence avec la naissance, et il est possible de travailler avec les collectivités pour s'assurer que les accouchements se font en toute sécurité. Les Inuits sont des chefs de file dans ce domaine. Ils ont montré qu'il est possible de fusionner les deux modèles.

Le président : Ce que vous dites est d'une importance capitale, madame Stirbys. J'ai déjà dit la même chose. J'étais cardiologue. Je ne connais rien au sujet de l'accouchement, mais quand j'ai commencé à y penser, j'avais l'habitude de dire que la vie commence et qu'il faut s'occuper de l'enfant. Puis, Fraser Mustard m'a remis en question pendant une conférence à Toronto. Il a dit que je passais à côté de ce qui est le plus important. La vie commence au moment de la conception. Il faut s'occuper de la mère si on veut s'occuper de l'enfant. L'enfant qui naît d'une mère en santé sur les plans physique et mental fera probablement un enfant en santé, avec un bel avenir. L'enfant qui naît d'une mère en mauvaise santé sur ces plans fait face à des problèmes graves. Ces enfants sont quelque chose comme 12 fois plus susceptibles d'être atteints du cancer avant l'âge de 30 ans, et 12 fois plus susceptibles de souffrir d'une maladie du cœur congénitale, et cetera.

Vous êtes sur la bonne voie. Je pousserais la chose d'un cran, parce que s'occuper des mères dans les collectivités est l'une des choses les plus importantes que nous puissions faire. Je veux que vous remettiez les vieux sénateurs comme nous sur le bon chemin. Je suis convaincu du fait que vous devez prendre votre destin en main à l'échelle communautaire, en ce qui concerne les politiques sociales et de santé.

Là-dessus, nous allons faire une courte pause, et j'aimerais que vous réfléchissiez au genre de modifications qu'il faudrait apporter aux politiques et aux programmes pour faire avancer le dossier de la santé des populations dans vos collectivités. Quels sont les changements nécessaires? Qu'est-ce qui ne va pas, présentement? Comme la Dre Bartlett l'a souligné, il n'y a rien de neuf en santé des populations. Nous en parlons depuis 35 ans. Pourquoi est-ce que ça n'a pas fonctionné?

Le sénateur Cook : J'ai écouté attentivement ce qui s'est dit ce matin pour essayer de comprendre s'il y avait de quelconques déterminants particuliers de la santé, parce que je les voyais comme des obstacles.

Will we ever be clean of residential schools? How long will we struggle with that phenomenon? I belong to the United Church and we issued an apology in 1984.

I heard about the issue of violence — domestic, racial and sexual — and that is common in any society. I heard about colonization, and some of our people are living with that. I heard that seven times more children are likely to live with a relative other than parent. I would like your comment on that to see how that makes a problem for you. Ms. Dickson talked about teenage pregnancy and said that the rate is twice the Canadian average. I heard about overcrowded housing. The day before yesterday a witness said “mediocre schools” and in one of your presentations I heard “lower quality schools.” That really disturbs me. All of that seems to say it is precarious health that we are looking at today. These are practical things we need to address because this is about the individual.

Mr. Ermine: For Aboriginal people, and I think this goes for the mainstream population as well, we have relinquished our sense of our own health to the state, and more so in our communities, where we lose all power when we encounter the medical establishment. This goes on and on. I do not have to worry about my own health if Dr. Keon is looking after my health.

This situation cuts across the whole country. It weighs heavily on the financial structures. The Aboriginal community, my home community and others have been trying to understand what enables or constrains our own health establishment in our communities that existed before Confederation, our own knowledge about health as it was. What enables that to function? Many people in our home communities still abide by those principles, which have survived through all these years. Health is much bigger than the individualization that we accord in the medical establishment and some of those issues have been talked about this morning.

If your child is sick, that affects your own well-being and health. The holistic ideas of how spirituality, emotions and everything else about individual health come into the picture have not been explored. All those are traditions are in our own communities, but we have not had the resources to do the necessary evidential building that was talked about here or the capacity building. We have not had resources to do the memory work necessary in our communities to really get a good grip on the concept of health as being the optimum capacity of human beings.

As human communities we have those knowledge traditions in our communities, but the medical establishment, the health systems, being based on Western, scientific evidence, cannot reconcile with this notion of spiritual health that our tradition speaks about. It is a matter of context.

Serons-nous jamais pardonnés pour les pensionnats indiens? Combien de temps encore allons-nous être aux prises avec ce phénomène. Je suis membre de l'Église unie, qui a fait des excuses publiques en 1984.

J'ai entendu parler de la question de la violence — familiale, raciale et sexuelle —, c'est une chose courante dans toutes les sociétés. J'ai entendu parler de la colonisation et certains des membres des nos collectivités composent avec cela. J'ai entendu dire que les enfants sont sept fois plus susceptibles de vivre avec un membre de leur famille autre que leurs parents. J'aimerais que vous m'en parliez, pour voir en quoi c'est un problème à vos yeux. Mme Dickson a parlé des filles-mères, et elle a dit qu'il y en a deux fois plus que la moyenne nationale. J'ai entendu parler de logements surpeuplés. Avant hier, un témoin a parlé d'« écoles médiocres », et dans l'un de vos exposés, vous avez utilisé l'expression « écoles de faible qualité ». Voilà qui me trouble profondément. Tout cela semble indiquer que la santé de nos parents aujourd'hui est précaire. Voilà des choses pratiques que nous devons régler, parce qu'il s'agit des gens.

M. Ermine : Les Autochtones — et je pense que ce que je vais dire s'applique aussi au reste de la population — ont laissé l'État définir l'idée de leur santé, et c'est encore plus vrai dans nos collectivités, parce que nous sommes démunis devant le système médical. C'est sans fin. Je n'ai pas à me soucier de ma propre santé si le Dr Keon le fait pour moi.

La situation est la même dans l'ensemble du pays. Elle impose un fardeau important aux structures financières. Les collectivités autochtones, la mienne et les autres, ont essayé de comprendre ce qui permet aux établissements de santé de nos collectivités, qui existaient avant la confédération, d'agir, et ce qui les empêche d'agir, ainsi que de comprendre les connaissances que nous avons au sujet de la santé. Qu'est-ce qui permet à cela de fonctionner? Bon nombre de gens de nos collectivités suivent toujours ces principes, qui existent encore, malgré toutes les années écoulées. La santé dépasse largement le processus d'individualisation que nous avons adopté dans les établissements médicaux, et certaines des questions que nous avons abordées ce matin.

Si votre enfant est malade, cela affecte votre propre bien-être et votre propre santé. Les idées globales qui ont pour objet la manière dont la spiritualité, les émotions et tout le reste de ce qui entoure la santé d'une personne s'agencent n'ont pas encore été explorées. Ce sont là des traditions qui existent dans nos collectivités, mais nous n'avons pas eu les ressources pour recueillir les données nécessaires comme on en a parlé ici ou renforcer les capacités. Nous n'avons pas eu les ressources pour faire le travail de mémoire nécessaire dans nos collectivités afin de bien définir l'idée de la santé comme étant l'état optimal des êtres humains.

Comme collectivités humaines, nous avons ces traditions de savoir dans nos collectivités, mais le système médical, les systèmes de santé, qui sont fondés sur ceux du monde occidental, sur des données scientifiques, ne peuvent être en harmonie avec cette idée de santé spirituelle dont notre tradition parle. C'est une question de contexte.

Pardon me, senators, but in terms of policy development, the ideal — and I am speaking about a very high ideal — or the optimum for me would be that the First Nations, the Metis and Inuit be given the resources to develop the policy that you are looking for in terms of our health. The unspoken thoughts, unspoken aspirations that we have in our communities would come out.

Senator Cook: We have not been good at listening.

Mr. Ermine: As Ms. Lys mentioned, we have been discussing these things for many years and it is a matter of capacity building; somehow the dialogue and the partnership must happen.

This morning Ms. Gideon mentioned the Two-Row Wampum, canoes travelling side by side. That, to me, is coexistence. What we see in this country instead is a monoculture where one side of the partnership dominates the discourse on health policy and what it is to be healthy. They hold the purse strings and own everything. In the meantime, we are languishing in our communities with none of the resources. We are not begging for them, but the resources have to flow from the Constitution of this country. This is the struggle we have. We must understand that we are talking about partnership and dialogue, and not everyone in Canada needs to understand what Aboriginal health is. It is not necessary.

Ms. Van Haute: I would like to address three issues based on what we discussed earlier and also respond to Senator Cook's questions.

The first issue is traditional knowledge. It must be recognized that there are various types of traditional knowledge. It is based on Aboriginal or indigenous streams. There are varying degrees of appreciation of it based on the same difference in the Aboriginal streams. In modern times, Metis groups and communities perhaps do not have as much recognition and appreciation of it as First Nations communities do, especially on-reserve. This is not to minimize anyone's appreciation or understanding of it. It just needs to be recognized that it is different. It does not remain the same over the Aboriginal communities.

Second, I would like to move from that to address Senator Cook's question regarding social outcomes of residential schools. The social outcomes will be long-term. They must be addressed at both the community level and a more universal level. In some sense, the social outcomes are common and it would be the same whether in Aboriginal or non-Aboriginal communities. However, in terms of what outcome may dominate in a particular community or group, we need to do community research on that. That goes back to what Dr. Bartlett mentioned this morning. The research and data collection and understanding and policy development and application that we do have to occur on two levels — the universal and the community perspective.

Pardonnez-moi, sénateurs, mais, en ce qui concerne l'élaboration de politiques, l'idéal — et je parle d'un très grand idéal — ou la meilleure chose, ce serait pour moi que l'on donne aux Premières nations, aux Métis et aux Inuits les ressources nécessaires pour élaborer les politiques concernant notre santé que vous cherchez à élaborer. Les idées et les aspirations non exprimées de nos collectivités pourraient être exprimées.

Le sénateur Cook : Nous n'avons pas bien écouté.

M. Ermine : Comme Mme Lys l'a dit, nous discutons de ces choses depuis de nombreuses années, et c'est une question de renforcement des capacités; d'une manière ou d'une autre, il faut qu'il y ait un dialogue et un partenariat.

Ce matin, Mme Gideon a parlé du Two-Row Wampum, des canots qui avancent côte à côte. Pour moi, c'est la coexistence. Ce qu'il y a, à la place, au pays, c'est une monoculture au sein de laquelle l'un des deux partenaires domine le discours sur les politiques en matière de santé et sur ce que c'est d'être en santé. C'est ce partenaire qui tient les cordons de la bourse et qui possède tout. En attendant, nous languissons dans nos collectivités avec zéro ressource. Nous ne quêtions pas, mais les ressources doivent affluer, d'après la Constitution du pays. Voilà notre combat. Nous devons comprendre qu'il s'agit de partenariats et de dialogues, et il n'est pas nécessaire que tout le monde au Canada comprenne ce qu'est la santé chez les Autochtones. Ce n'est pas nécessaire.

Mme Van Haute : J'aimerais aborder trois questions, en fonction de ce dont nous avons parlé plus tôt, et j'aimerais aussi répondre aux questions du sénateur Cook.

La première question concerne le savoir traditionnel. Il faut qu'on reconnaisse qu'il y a plusieurs types de savoir traditionnel. Ce savoir est fondé sur les mouvements des Autochtones. Il y a différentes interprétations des mêmes caractéristiques propres à des courants autochtone. Aujourd'hui, les groupes et les collectivités de Métis ne le reconnaissent peut-être pas autant que les collectivités de Premières nations, surtout celles des réserves. Je ne dis pas cela pour minimiser l'idée que les gens s'en font. Il suffit de reconnaître que c'est différent. Ce n'est pas partout la même chose dans toutes les collectivités autochtones.

Deuxièmement, j'aimerais laisser cela de côté pour répondre à la question du sénateur Cook concernant les répercussions sociales des pensionnats. Les répercussions sociales sont des répercussions à long terme. Il faut faire quelque chose dans les collectivités, mais aussi de façon plus générale. En quelque sorte, il s'agit de répercussions sociales courantes, qui seraient les mêmes dans une collectivité autochtone ou dans une collectivité non autochtone. Cependant, en ce qui concerne la prédominance de telle ou telle répercussion chez une collectivité ou dans un groupe précis, il faut que nous effectuions des recherches là-dessus à l'échelle communautaire. Voilà qui nous ramène à ce que la Dre Bartlett nous a dit ce matin. Il faut que nos travaux de recherche, nos activités de collecte de données, notre compréhension, notre façon d'élaborer les politiques et de les appliquer se situent à deux niveaux — le point de vue global et le point de vue des collectivités.

Some of those outcomes have already been noted by various Aboriginal and non-Aboriginal groups as well as various components or departments of federal and provincial governments. The first would be domestic abuse or abuse in the domestic context, physical, sexual and emotional, which often leads, from a mental health perspective, to depression and high tension. High tensions lead to hypertension and cardiovascular issues, which in the end result in higher rates of addiction as coping mechanisms, from alcohol to drugs to food to various other things.

That particular combination or circle of outcomes must be recognized by both federal and provincial governments, as well as Aboriginal organizations and people. We all need to be prepared to deal with those from a long-term perspective and to deal with them in terms of getting Aboriginal people to understand how these things work. Aboriginal researchers share that information, and share it not just at an academic or social or community level, but at a government level. Then, when policies are developed, all Aboriginal streams are at the table in the application process of those policies to ensure that the policies that do come out are efficient, compassionate and community-sensitive but, in the end, ultimately practical.

Third, Senator Keon said earlier that he wanted the group to tell the subcommittee what to do. From a Metis perspective, let me be so bold as to tell you there are four things you should do: One, encourage the government to give full and recognizable appreciation to all Aboriginal streams — not just one or two, but all Aboriginal streams — and to remove the word “Aboriginal” to cover everyone. In this room, the people who represent Aboriginal organizations are not all just Aboriginal. We are each different. Two, encourage governmental support for research by Aboriginals regarding health status and health determinants. Three, encourage the dissemination of that information to government sources, and provide support or confirmation that that material, once disseminated to government, will actually be read and understood by government officials. If it is not understood, there should be a request for more information. Four, encourage the acceptance of the idea at the federal government level that the basic fact of population health is that poverty challenges the good health of any population, Aboriginal or non-Aboriginal. As a result of that, equitable national economic development must occur.

The Chairman: Thank you very much. That is a nice summary for us.

Ms. Dumont-Smith: As I said in my paper this morning, the Native Women's Association of Canada is very much in support of a population approach that addresses the determinants of health. We are looking at health more in a silo approach. To

Divers groupes autochtones et non autochtones ont déjà relevé certaines de ces répercussions, comme divers éléments ou ministères des gouvernements fédéral et provinciaux. La première serait la violence familiale ou la violence dans le contexte familial, violence physique, sexuelle ou affective, qui donne souvent lieu, du point de vue de la santé mentale, à la dépression et à l'augmentation de la tension. L'augmentation de la tension conduit à l'hypertension et engendre des troubles cardiovasculaires, ce qui, au bout du compte, entraînent une incidence plus élevée de la dépendance comme mécanismes pour faire face aux problèmes, la dépendance à l'alcool, à la drogue, à la nourriture et à toutes sortes d'autre choses.

Cette combinaison, ou ce cycle particulier, de répercussions doit être reconnue par les gouvernements fédéral et provinciaux, ainsi que par les organisations autochtones et par les Autochtones. Nous devons tous être préparés à faire face à ces répercussions à long terme et à apporter des solutions, c'est-à-dire à faire comprendre aux Autochtones comment ce genre de choses fonctionnent. Les chercheurs autochtones diffusent cette information, non seulement dans les milieux universitaire, social ou communautaire, mais aussi auprès du gouvernement. Puis, lorsque les politiques sont élaborées, tous les rêves des Autochtones sont présentés dans le cadre du processus d'application de ces politiques, pour qu'on puisse s'assurer que ces politiques sont efficaces, témoignent de compassion et d'un respect pour la collectivité, mais, surtout, qu'elles sont pratiques.

Troisièmement, le sénateur Keon a dit plus tôt qu'il voulait que le groupe dise au sous-comité quoi faire. Du point de vue des Métis, permettez-moi de vous dire de but en blanc ce que sont les quatre choses que vous devriez faire : premièrement, encourager le gouvernement à apprécier tous les mouvements autochtones — pas seulement un ou deux, mais tous les mouvements — à leur juste valeur, et à supprimer le mot « Autochtone » qui sert à parler de tout le monde en même temps. Les gens qui sont ici pour représenter des organisations autochtones ne sont pas qu'Autochtones. Ils sont tous différents les uns des autres. Deuxièmement, encourager le gouvernement à appuyer les travaux de recherche effectués par les Autochtones sur l'état de la santé et sur les déterminants de la santé. Troisièmement, encourager la diffusion de cette information auprès des sources gouvernementales, et mettre en place un mécanisme de soutien ou de confirmation du fait que ces documents, une fois qu'ils seront communiqués au gouvernement, seront bel et bien lus et compris par les fonctionnaires du gouvernement. S'ils ne les comprennent pas, ils devraient demander davantage de renseignements. Quatrièmement, encourager le gouvernement fédéral à accepter l'idée que l'un des faits évidents, pour la santé des populations, c'est que la pauvreté est un obstacle à la bonne santé de toute population, autochtone ou non. Ainsi, il faut que la croissance économique soit la même partout au pays.

Le président : Merci beaucoup. C'est un bon résumé que vous nous avez fait.

Mme Dumont-Smith : Comme je l'ai dit ce matin, l'Association des femmes autochtones du Canada est tout à fait en faveur d'une approche axée sur les populations en matière de déterminants de la santé. Nous envisageons la santé de façon plutôt

improve the situation, we must include the social and educational aspects. Why are the departments of Indian affairs and human resources development not here? These agencies have policies that influence the social standing of Aboriginal people. It is only when we have those people at the table and work collectively at developing policies that will complement each other that we will change the status quo.

If we just address the economic situation of Aboriginal people by improving their education, that is a good priority, and it is good to focus on that, but that takes time. It takes four or five years to get a university education, and then you have to get into the employment system. I would like to see more players from those different sections involved in the health determinant population health approach and we should all embark upon it at the same time so that we have a multiple-intervention approach. I would be more in support of that.

I believe that overarching of all this we would have our cultural component. By that I mean that Aboriginal people, Aboriginal women, would be involved with all the different components in the development of the policies. I think that is where we have failed so far. Policies are developed at the national level and there is no input from Aboriginal people. As a result, we may have a good policy but it does not fit us, and we know the result is poor health, lack of education, et cetera.

When we look at health, we must look at root causes, and they are all couched in terms of health determinants. We must address each one. Income and social status are causal factors of poor health, so let us develop policies to improve those but at the same time not leave the others to lag behind. Approach the factors collectively.

Dr. King: What I have to say is partly an announcement and also a recommendation. The announcement part is that there is a process going on this year and next in Canada and the U.S. There is a course coming up this summer that several people in the room have been involved in, Ms. Gideon, Ms. Fowler and Ms. Commanda in particular. It is a social determinants of health course for Aboriginal people that will take place this July at Johns Hopkins University and then next year at the University of Alberta. It will be taught mainly by Aboriginal people, including Dr. Jeff Reading. Twenty Aboriginal students from Canada and a similar number from the U.S. will attend the course. Half of those will be nominated by Aboriginal communities and the other half will come from universities. They will learn and work together and take the same evaluation.

compartimentée. Pour améliorer la situation, nous devons intégrer les aspects social et pédagogique. Pourquoi le ministère des Affaires indiennes et Développement des ressources humaines ne participent-ils pas? Ces organismes ont des politiques qui ont une incidence sur le statut social des Autochtones. Ce n'est que lorsque ces gens vont participer à la discussion et que nous allons travailler ensemble à élaborer des politiques complémentaires que nous allons pouvoir faire bouger les choses.

Si notre seule façon de redresser la situation économique des Autochtones, c'est de leur offrir une meilleure éducation, c'est une bonne priorité, et c'est une bonne chose de se concentrer là-dessus, mais il faudra du temps. Il faut quatre ou cinq ans pour obtenir un diplôme universitaire, puis il faut entrer sur le marché du travail. J'aimerais voir davantage d'intervenants de ces différentes organisations participer à une démarche relative à la santé des populations et aux déterminants de la santé, et nous devrions tous adopter cette démarche en même temps de façon à intervenir sur plusieurs fronts. Je serais davantage en faveur de cette démarche.

Je pense que notre identité culturelle devrait chapeauter tout cela. J'entends par là que les Autochtones, les femmes autochtones, participeraient à tous les volets de l'élaboration des politiques. Je crois que c'est à cet égard que nous avons échoué jusqu'à maintenant. Les politiques sont élaborées à l'échelle nationale, sans le concours des Autochtones. Résultat : les politiques élaborées sont peut-être bonnes, mais elles ne sont pas adaptées à notre situation, et nous savons que les conséquences sont la mauvaise santé, le manque d'éducation, et cetera.

Lorsque nous examinons la question de la santé, nous devons chercher à déterminer les causes profondes, et elles sont toutes décrites en fonction des déterminants de la santé. Nous devons nous occuper de chacune de ces causes. Le revenu et le statut social sont des causes de mauvaise santé, alors nous devons élaborer des politiques pour apporter des améliorations dans ces domaines, tout en ne négligeant pas les autres causes. Aborder tous les facteurs ensemble.

Dr King : Je veux à la fois faire une annonce et formuler une recommandation. L'annonce, c'est qu'il y a un processus en cours qui va se poursuivre l'an prochain au Canada et aux États-Unis. On offrira cet été un cours auquel plusieurs des personnes qui sont ici ont contribué, en particulier Mme Gideon, Mme Fowler et Mme Commanda. Il s'agit d'un cours sur les déterminants sociaux de la santé, qui sera offert aux Autochtones en juillet à l'Université Johns Hopkins, puis l'an prochain à l'Université de l'Alberta. Le cours sera donné surtout par des Autochtones, notamment le Dr Jeff Reading. Au total, 20 étudiants autochtones du Canada vont suivre le cours, ainsi qu'un nombre comparable d'étudiants autochtones américains. La moitié de ces étudiants seront choisis par les collectivités autochtones; l'autre moitié viendra des universités. Ils vont apprendre et travailler ensemble, puis ils vont passer la même évaluation.

The object of the course is to teach the social determinants approach to health from a research perspective. At the end, the students should be able to apply that knowledge to a particular problem in their community or to a research project. The problem can be anything they can imagine. It could be something around health knowledge and literacy, spiritual health, or early childhood education.

If we are successful, the students will be able to apply a social determinants lens to a research project. That will address many of the issues around capacity, ownership, access and control. This is an Aboriginal-driven initiative. There will be only 20 students this year with a similar number next year. Obviously that is not nearly enough. In order for this to be successful, those students will have to be the teachers of the next round of students. That is how it will work.

The recommendation is around research and relates to what I was talking about this morning. Huge health gains could be made by addressing social determinants. It is not easy. It is much more complex than a graph that shows income as a determinant, because many other things feed into income.

This is not to negate the idea of basic biology and genetics. Those continue to be important. It is important to study stem cells and proteomics, but we have the wrong balance in this country, which is where I would like to be provocative. We have the wrong balance in how we determine research funding. We do not do it rationally based on disease burden and health gain. I would rather we did it on health gain than on disease burden, because that is a positive approach.

This applies not only to Aboriginal health but to the general population. Many people's asthma gets worse because guidelines are not followed. We do not need very many new drugs for asthma. Doctors and nurses need to learn how to get the drugs we have to the patients and how to get patients to take control of their own asthma. In Aboriginal health, we need to develop much more than that, but we need to re-examine our health funding. I know that would upset much of the establishment, and I do not want to do that. I would like the establishment to join in the social determinants of health.

I am a recent convert myself. I spent most of my career in the biomedical research industry. It is possible to combine both. You have the basic training to carry out intervention research. Why not apply that to social determinants? We have a huge pool of talent, 90 per cent of our biomedical research establishment, that

Le cours portera sur l'approche axée sur les déterminants sociaux de la santé, du point de vue de la recherche. À la fin du cours, les étudiants devraient être en mesure d'appliquer les connaissances acquises à un problème précis dans leur collectivité ou à un projet de recherche. Ils pourront travailler sur le problème de leur choix. Ils pourront décider de travailler sur le savoir et l'alphabétisation en santé, la santé spirituelle, ou encore l'éducation des jeunes enfants.

Si le cours est un succès, les étudiants vont être en mesure d'envisager un projet de recherche dans l'optique des déterminants de la santé. Cela va permettre de régler bon nombre des questions touchant la capacité, la propriété, l'accès et le contrôle. C'est une initiative autochtone. Seulement 20 étudiants vont y participer cette année, et environ le même nombre l'an prochain. Évidemment, c'est loin d'être suffisant. Pour que l'initiative réussisse, ces étudiants vont devoir transmettre leurs connaissances à la prochaine cohorte. C'est ainsi que les choses vont fonctionner.

La recommandation que je veux formuler porte sur la recherche et a trait à ce que j'ai dit ce matin. Il serait possible de faire des gains énormes en santé en réglant la question des déterminants sociaux de la santé. Ce n'est pas une tâche facile. C'est beaucoup plus complexe qu'une figure présentant le revenu comme un déterminant, parce qu'il y a toutes sortes de facteurs qui déterminent le revenu.

Je ne dis pas ça pour nier l'importance de la recherche fondamentale en biologie et en génétique. C'est toujours important. Il faut étudier les cellules souches et faire des travaux de protéomique, mais il n'y a pas d'équilibre au pays, et c'est à cet égard que je pourrais dire quelque chose de provocateur. Il n'y a pas d'équilibre quant à la manière dont nous finançons la recherche. Nous ne répartissons pas les fonds de façon rationnelle, en fonction du fardeau que représentent la maladie et des gains en santé. J'aimerais mieux que nous fassions les choses en fonction des gains en santé que du fardeau qu'impose la maladie, parce que ce serait une démarche positive.

Ce que je dis s'applique non seulement à la santé des Autochtones, mais aussi à la population en général. L'asthme de beaucoup de gens s'aggrave parce qu'on n'élabore pas de lignes directrices. Nous n'avons pas besoin de tant de nouveaux médicaments pour l'asthme. Les médecins et les infirmières doivent apprendre à donner les médicaments qui existent à leurs patients et à permettre à ces patients de dominer la maladie. En santé autochtone, nous avons beaucoup de choses à faire, mais nous devons réviser notre façon de financer la santé. Je sais que ce que je dis déplairait à une bonne partie de l'établissement, et ce n'est pas ce que je souhaite. J'aimerais que l'établissement participe à la démarche axée sur les déterminants sociaux de la santé.

Je ne me suis moi-même converti que récemment. J'ai fait la plus grande partie de ma carrière dans le secteur de la recherche biomédicale. Il est possible de combiner les deux. Vous avez la formation de base pour effectuer des recherches en intervention. Pourquoi ne pas appliquer vos connaissances aux déterminants

we could draw on. That is what I would do if I were the president of the Canadian Institutes of Health Research.

The Chairman: Many people agree that it is time for a new look at where we are going. There is no question that we have a tremendous research platform in Canada. I am in the process of preparing a speech for the Senate on research in Canada. This year we will spend almost \$9 billion on research in Canada, which is a huge amount. We are now second only to America.

Also, we are the leading country in the world in industrial spinoffs from our research. There are more start-up companies in Canada than there are in America. There is no question that we have been doing some things right, but regardless of great things like CIHR, we have not been doing enough pragmatic things.

Dr. Bartlett: I want to caution about several things and give some advice on some other things.

Regarding the funding mechanisms, one of the problems with any policy initiative is the tendency to try a project out for a very short time and then move on to trying something else. You only begin to build capacities that way in things such as research.

That goes back to the question of whether the problem of the residential schools will ever go away. It will not go away because they are a symbol of the inherent clash of cultures. One culture said that their way was better and everyone should live it. Indigenous researchers worldwide are having conversations about what is inherently different about the way we want to do research versus the way the mainstream does research.

The whole idea of competition is abhorrent to me. I grew up in a family with 11 children. There was no competition; you just lived. There are dichotomies of cultures. For instance, the funding bodies say that we must compete. They throw a little money in and try to get the best product by competition rather than by dialogue and relationship building. We, as Aboriginal researchers, are struggling through that dialogue and relationship building despite the competitive environment of CIHR. It is a very different culturally.

We talk about the need to heal the Aboriginal community. We need to talk about the idea of validating the Aboriginal community. There is nothing wrong with us. We experience stress with the cognitive dissonance of constantly hearing that we should be different. As Metis we are doubly stressed as we are tugged between the First Nations and the European culture, both of which say that we should be like them. It is about validation as opposed to healing.

sociaux? Il y a un énorme réservoir de talents, 90 p. 100 du milieu de la recherche biomédicale, dans lequel nous pourrions puiser. C'est ce que je ferais si j'étais président des Instituts de recherche en santé du Canada.

Le président : Beaucoup de gens sont d'accord pour dire qu'il est temps d'adopter un nouveau point de vue sur ce que nous faisons. Il ne fait aucun doute que nous disposons d'une imposante plate-forme de recherche. Je suis en train de rédiger un discours sur la recherche au Canada, que je dois prononcer devant le Sénat. Cette année, le Canada va dépenser près de neuf milliards de dollars pour la recherche, ce qui est énorme. Il n'y a que les États-Unis qui nous dépassent à cet égard.

Nous sommes aussi le premier pays du monde au chapitre des retombées industrielles des travaux de recherche. Il y a plus de jeunes entreprises au Canada qu'aux États-Unis. Sans aucun doute, nous avons fait quelques bons coups, mais, malgré des choses extraordinaires comme les INRSC, nous n'avons pas fait suffisamment de choses pratiques.

Dre Bartlett : Je veux appeler à la prudence au sujet de plusieurs choses et donner quelques conseils sur d'autres choses.

En ce qui concerne les mécanismes de financement, l'un des problèmes de toute initiative d'élaboration de politiques, c'est la tendance à mettre un projet à l'essai pour une très courte période avant d'essayer quelque chose d'autre. On ne fait ainsi que commencer à renforcer les capacités dans les domaines comme la recherche.

Ça nous ramène à la question de savoir si le problème des pensionnats va un jour se résorber. Le problème ne va pas se résorber, parce que les pensionnats sont un symbole du choc des cultures en soi. L'une des deux cultures a imposé sa façon de faire les choses comme si c'était la meilleure. Les chercheurs autochtones du monde entier discutent de ce qui est intrinsèquement différent entre la façon dont nous souhaitons effectuer la recherche et la façon la plus courante de le faire.

Toute l'idée de la concurrence m'horripile. J'ai grandi dans une famille où il y avait 11 enfants. Il n'y avait aucune concurrence; nous ne faisons que vivre. Il y a une dichotomie des cultures. Les organismes de financement, par exemple, disent que nous devons entrer en concurrence. Ils investissent un peu d'argent et essaient d'obtenir le meilleur produit en favorisant la compétition, plutôt que le dialogue et la création de liens. En tant que chercheurs autochtones, nous essayons de nous en sortir par le dialogue et la création de liens, malgré l'esprit de concurrence des IRSC. Nos cultures sont très différentes.

Nous parlons de la nécessité de guérir la collectivité autochtone. Nous devons parler de l'idée de valoriser la collectivité autochtone. Nous sommes comme tout le monde. Nous vivons un stress, le stress, sur le plan cognitif, de toujours se faire dire que nous devrions être différents. Les Métis vivent un stress double, puisque nous sommes pris entre les Premières nations et la culture européenne, et que les Autochtones et les Européens disent tous que nous devrions être comme eux. C'est une question de valorisation plutôt que de guérison.

The concept of healing means more than curing, which is a physical thing. The concept of healing is much broader. We have to think about identity and meaning. We have to think about whether we are using tools for apples to measure oranges. When we think of teen pregnancy, what does it mean? We have not done that research to see what things actually mean to us. We take a population health framework and we stick in 60 or 70 potential things to measure and they might be good things to measure but we do not know what they mean. We measure and then we interpret the indicators from a Western perspective and policy-makers interpret that way as well.

We have to be cautious about taking an emotional approach to Aboriginal health, whether First Nation, Inuit or Metis. Pity only goes so far. It does not empower you. It might get you known out there but then that is what is seen. We want to be able to show what we have of value that is a value added to the Canadian society. We want a decolonizing approach; we need to say how are we valued.

Regarding policy, everyone around the table has talked about spiritual, emotional, physical and intellectual balance. We want to balance the good emotions with the bad emotions, the good spiritual aspects with the bad spiritual aspects. It balances back and forth all the time. So far the health system is focused on the physical body and we need to balance that out.

One-size-fits-all is something to be cautious about. We do not really want to go that way. No one population health framework will fit all. It has been said around the table quite a few times that it is really more about a process than about a product, and the process has to be at a local level. It is a local level of relationship building and dialogue.

We have to keep in mind the science of governance. The international literature makes it very clear that if you do not have self-governance you will have physiological responses to that in the form of the whole stress mechanisms. There is very good evidence to show that self governance, not just government but self-governance — governing one's self, being able to say what one's own destiny is — is as important to health as anything else. One of the most critical things in health is to be able to choose. As Metis we are always caught in the middle. There are so many examples out there that people grab onto but they may be Cree or Mi'kmaq examples. The policy will tend to see those as opposed to seeing the process around the local development of those examples. The process is so much more important than the product. The outcome then will be a changed health status.

L'idée de guérison dépasse celle du traitement, qui est la partie physique. L'idée de guérison est de portée beaucoup plus grande. Nous devons réfléchir à l'identité et au sens. Nous devons nous demander si nous comparons des pommes et des oranges. Lorsque nous réfléchissons à la situation des filles-mères, quel est le sens de cette situation? Nous n'avons pas effectué les recherches visant à déterminer le sens réel des choses à nos yeux. Nous prenons un cadre de santé des populations et nous y intégrons 60 ou 70 choses que nous pouvons mesurer et qui peuvent être de bonnes choses à mesurer, mais nous ne savons pas quel est le sens de ces choses. Nous faisons des mesures, puis nous interprétons les indicateurs d'un point de vue occidental, de la même façon que les décideurs.

Nous devons faire attention de ne pas aborder la santé autochtone de façon émotive, que ce soit la santé des Premières nations, des Inuits ou des Métis. La pitié ne mène pas très loin. Elle ne donne pas de pouvoir aux gens. C'est quelque chose qui peut permettre de se faire connaître, mais c'est aussi l'image qui reste. Nous voulons être en mesure de présenter ce qui a de la valeur chez nous et qui peut être une valeur ajoutée pour la société canadienne. Nous voulons adopter une démarche de décolonisation; nous devons poser la question suivante : qu'est-ce qui nous valorise?

En ce qui concerne les politiques, tous les gens qui sont ici ont parlé de l'équilibre spirituel, affectif, physique et intellectuel. Nous voulons équilibrer les émotions positives et les émotions négatives, les éléments spirituels positifs et les éléments spirituels négatifs. Il y a une oscillation perpétuelle entre les deux pôles. Jusqu'à maintenant, le système de santé était axé sur le corps physique, et nous devons rééquilibrer le système.

Il faut se méfier des solutions universelles. Nous ne voulons pas vraiment nous engager dans cette voie. Aucun cadre de santé des populations ne peut être adapté à tous. On a dit assez souvent ici que c'est davantage une question de processus que de produit, et ce processus doit se dérouler à l'échelle locale. Il s'agit d'établir des liens et un dialogue à l'échelle locale.

Nous devons garder en tête la science de la gouvernance. Des documents publiés partout dans le monde disent clairement que l'absence d'autonomie provoque des réactions physiologiques qui prennent la forme de tous les mécanismes du stress. De très bons éléments probants montrent que l'autonomie, non seulement l'autonomie gouvernementale, mais aussi l'autonomie personnelle — le fait qu'une personne puisse exprimer son propre destin — est un facteur de la santé aussi important que tous les autres. L'une des choses les plus fondamentales, en santé, c'est la possibilité de choisir. Nous, les Métis, sommes toujours pris entre deux choses. Il y a beaucoup d'exemples auxquels les gens s'accrochent, mais ce sont souvent des exemples qui s'appliquent aux Cris ou aux Micmacs. Les politiques ont tendance à tenir compte de ces exemples, plutôt que d'envisager le processus qui entoure l'élaboration de ces exemples à l'échelle locale. Le processus est tellement plus important que le produit. Le résultat est alors la modification de l'état de santé.

This will take a long time. We need the dollars to put the infrastructure in place, to support our communities, to have dialogues with health systems and with other constituencies that live in the same area.

Mr. Gay: I wanted to address policy and programming. We are in an era now where we are talking about open federalism. I strongly urge this committee to come out with a recommendation that ensures that open federalism does not become chequebook federalism. As Canadians, we view our federal government not just as a giant ATM for provincial premiers, but rather as a notional thing for leadership, and not only political leadership, but also economic and moral leadership. Moral leadership might be a bit wavery but I will include it anyway.

“National standards” has become a bad phrase. I do not think that needs to be. We are finding that access to excellent programming stops at borders. Not only does it stop at the border from the reserve to the city, but it also stops between the provinces of Manitoba, B.C. and Prince Edward Island. That is a key lever for the federal government.

On program and policy, we are seeing this a bit but we are not seeing it enough. When we have these big discussions on negotiating health, child care, and housing agreements, our voice is in the interest group. We need our leadership to be part of those discussions, and I have not heard a convincing argument why our political leadership is not at those ministerial tables. I challenge the government to provide that business case or at least open the door. As a result, you would be much more likely to get a dedicated, Aboriginal-specific stream in those agreements as a final product, not an add-on or a little pot of money.

I want to make it abundantly clear that with respect to the Aboriginal community, and I will quote our Supreme Court justice in the Abella report, “equality is not sameness.” Everybody thinks all Aboriginal people are all alike, but we are tremendously diverse and our needs are diverse. Recognizing that distinctiveness provides a platform to talk about who we are and to address the challenges we face. We are not afraid of addressing those challenges. That is a misperception in the Canadian world view.

Finally, I would like to say a word about access to elders. That came up from one of the senators earlier. What does that mean? I was reminded of that this spring when I criss-crossed the country on a whirlwind tour. I did focus groups with Aboriginal youth on education and staying in school. They talked about racism and the lack of access to elders. There are no elders in their

Cela prendra du temps. Nous avons besoin de l'argent pour mettre l'infrastructure en place, pour soutenir nos collectivités, pour discuter avec les intervenants des systèmes de santé et avec d'autres parties intéressées qui vivent dans la même région.

M. Gay : Je voulais aborder la question des politiques et des programmes. Nous parlons aujourd'hui de fédéralisme d'ouverture. J'exhorte le comité à formuler une recommandation visant à faire en sorte que le fédéralisme d'ouverture ne devienne pas un contexte dans lequel on règle les questions à coup de chèque. Nous, les Canadiens, voyons le gouvernement fédéral non pas simplement comme un grand guichet automatique pour les premiers ministres des provinces, mais plutôt comme l'incarnation du leadership, et non seulement le leadership politique, mais aussi le leadership économique et moral. Le leadership moral est peut-être un peu vacillant, mais disons que ça en fait quand même partie.

L'expression « normes nationales » a pris une connotation négative. Je ne crois pas que c'est nécessaire. Nous constatons que l'accès à d'excellents programmes ne s'étend pas au-delà des frontières. Non seulement il s'arrête à la frontière entre la réserve et la ville, mais il y a aussi des différences d'accès entre les provinces du Manitoba, de la Colombie-Britannique et de l'Île-du-Prince-Édouard. Voilà un pouvoir important du gouvernement fédéral.

En ce qui concerne les programmes et les politiques, c'est ce que nous constatons qui se produit, un peu, mais pas suffisamment. Lorsque nous tenons ces grands débats dans le cadre desquels nous négocions des ententes en matière de santé, de garde d'enfants et de logement, notre porte-parole est le groupe d'intérêt. Il faut que nos dirigeants prennent part à ces discussions, et je n'ai entendu aucun argument convaincant pour expliquer que nos dirigeants politiques ne participent pas aux débats ministériels. Je mets le gouvernement au défi d'expliquer cette situation, ou du moins d'ouvrir la porte à cela. Les ententes seraient alors beaucoup plus susceptibles de comporter un volet consacré aux Autochtones et propre à eux, plutôt qu'une simple annexe ou qu'un petit magot réservé à ce groupe.

Je veux que cela soit tout à fait clair au sujet de la collectivité autochtone et je veux vous rappeler que la juge Abella, de la Cour suprême, a dit que l'égalité n'est pas la similitude. Tout le monde pense que les Autochtones se ressemblent tous, mais nous sommes très différents les uns des autres et nous avons des besoins hétérogènes. Reconnaître cette différence permet de parler de notre identité et des problèmes auxquels nous sommes confrontés. Nous n'avons pas peur de régler ces problèmes. C'est une fausse perception qui fait partie de la vision du monde des Canadiens.

Enfin, j'aimerais dire un mot au sujet de l'accès aux aînés. Un sénateur a abordé cette question tout à l'heure. Qu'est-ce que cela signifie? C'est quelque chose qui a été porté de nouveau à mon attention au printemps, lorsque j'ai sillonné le pays dans le cadre d'une visite éclair. J'ai animé des séances de groupes de réflexion composés de jeunes Autochtones, séances qui portaient sur

communities to whom they can talk. The elders provide valuable insight and connection not only to the community but to who they are as individuals, to their identity.

From my experience, it seems that the great spirit has a great sense of humour. I was adopted and he plunked me London, Ontario, which must be Canada's whitest community. Being raised in that community with a big nose, beady black eyes and one hell of a good tan I was either a curiosity or a Wahoo or a wagon burner. There was no in-between. Until I was repatriated to my community I did not realize how hungry my spirit was to see people who looked like me, who talked the Ojibway language. I love the way people speak in my community. Even though I was raised by well-meaning parents, I did not realize how lonely I was until I made that connection. If I could change back time be and asked to do it again, never. That is an opportunity I have been blessed with and it has shaped a lot of my thinking as I get older.

The Chairman: That is very revealing. I must say that things are changing now. Some months ago I heard John Crosbie speaking. He was going on about the loss of the cod stocks off the Grand Banks. He said, "The cod on the Grand Banks are becoming as rare as Caucasians in Toronto." The universe is unfolding in the other direction in some cases, too. What you just said was very revealing.

Dr. Adams: I wanted to add to what others have been saying and to bring a different lens — the idea of resilience. This is not a new concept; we hear about it in indigenous health. We are constantly measured by other people's markers of success and we come in last. We come in last in many health indicators in the country. Many of us have had to leave behind the world we know, the places of our birth and our languages in order to attain success in the dominant culture. I hope we do not have to do that in health by looking at this health theory.

In the B.C. Office of the Provincial Health Officer, we follow about 200 health indicators, from breastfeeding rates to educational attainment of Aboriginal children in foster care, cancer rates, HIV rates of infection and alcohol-related deaths. Out of those 200 indicators, Aboriginal people will match the provincial averages within 10 years. There are really only about six indicators that are getting worse. We are keeping our eyes on them. We manage that with only 80 per cent of the resources of the average provincial population.

l'éducation et le fait de rester à l'école. Les jeunes ont parlé de racisme et du manque d'accès aux aînés. Il n'y a pas, dans leur collectivité, d'aînés à qui ils puissent parler. Les aînés peuvent leur communiquer des idées de grande valeur et sont pour eux un lien non seulement avec la collectivité, mais avec qui ils sont, avec leur identité.

D'après mon expérience, il semble que le grand esprit a un grand sens de l'humour. J'ai été adopté, et il a choisi pour moi London, en Ontario, qui est probablement la collectivité la plus uniformément blanche du pays. Comme j'ai été élevé dans cette collectivité et que j'avais un gros nez, des billes noires à la place des yeux et le teint pas mal foncé, j'étais soit une curiosité, soit une tête folle, soit un brûleur de carriole. Il n'y avait pas d'entre-deux. Je ne me suis pas aperçu à quel point mon esprit avait besoin de voir des gens qui me ressemblaient, des gens qui parlaient la langue ojibway, avant d'être rapatrié dans ma collectivité. J'adore la manière dont les gens parlent chez moi. J'ai été élevé par des gens bien intentionnés, mais je n'ai pas pris conscience de l'ampleur de ma solitude avant de faire ce lien. Même si j'en avais l'occasion, je ne ferais pas les choses différemment. C'est une occasion qui, par bonheur, m'a été offerte, et qui a beaucoup façonné ma façon de penser pendant que je vieillissais.

Le président : Voilà qui est très révélateur. Je dois dire que les choses changent à l'heure actuelle. Il y a quelques mois, j'ai entendu John Crosbie parler. Il parlait de la perte des stocks de morue au large des Grands bancs. Il a dit que la morue devenait aussi rare dans les Grands bancs que les Blancs à Toronto. L'univers est en expansion dans d'autres directions aussi, dans certains cas. Ce que vous venez de dire est très révélateur.

Dr Adams : Je voulais ajouter à ce que les autres ont dit et envisager les choses dans une optique différente — celle de l'idée de résilience. Ce n'est pas un nouveau concept; nous en entendons parler dans le domaine de la santé autochtone. Nous sommes constamment évalués en fonction des critères de succès des autres, et nous arrivons derniers. Nous sommes les derniers, au pays, pour beaucoup d'indicateurs de la santé. Bon nombre d'entre nous doivent quitter le milieu qu'ils connaissent, l'endroit où ils sont nés et leur langue pour réussir au sein de la culture dominante. J'espère que nous n'aurons pas à faire cela en santé, du fait d'envisager le principe relatif à la santé dont nous avons parlé.

En Colombie-Britannique, au bureau de l'agent provincial de la santé, nous surveillons environ 200 indicateurs de la santé, du taux d'allaitement à la réussite scolaire des enfants autochtones en placement familial, en passant par le taux d'incidence du cancer, du VIH et de décès liés à l'alcool. Pour ces 200 indicateurs, les Autochtones vont atteindre les moyennes provinciales d'ici 10 ans. Il n'y a, en fait, que six indicateurs qui empirent. Nous les surveillons. Nous arrivons à le faire avec seulement 80 p. 100 des ressources dont dispose la moyenne de la population provinciale.

Chandler and Lalonde's research into adolescent suicide showed that 90 per cent of adolescent suicides had occurred in 10 per cent of the bands and that half of the bands had not had an adolescent suicide in five years. You could say that half of the bands in B.C. have solved the suicide problem.

This pathologizing of us — the populist notion of us as being the Indian problem in this country — needs to go the way of the dinosaur. Studying our resilience and our success stories and hearing how we are succeeding, instead of spending research money on how we fail, must occur. It can only occur by speaking to the experts, by speaking to Aboriginal people doing that work.

Last, I would like to recommend that there be tripartite memorandums of understanding to share and improve data between the provinces, the federal government — particularly the First Nations and Inuit Health Branch in Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada — with Aboriginal people so that we learn and get a clear picture of what is occurring out there. That goes to the theme of questioning what information gaps create barriers to concrete actions on the determinants of health. We do not really know and we need to find out. That kind of data sharing and data improvement needs to rank high in our list of recommendations.

The Chairman: I mentioned in my brief opening remarks this morning that there is much that we can learn when we address the problem of population health on a national basis. There is a tremendous amount we can learn from the Aboriginal community. It is striking that you have the lowest suicide rates in some areas and the highest in others. If we were able to drill down and ferret out that information, we would discover some tremendous messages.

Ms. Wolski: I want to expand on what has been said about policies and list a few that have contributed to our being in the situation we are in today. There is the Canadian Human Rights Act. I would like to say that Bill C-44, which is in front of Parliament now, is a great step forward. There is the issue with matrimonial real property. There, again, positive steps are being made toward addressing those issues.

Then there is the Indian Act. I do not think I am alone in saying that this is a colonial piece of legislation that has contributed to our being where we are in terms of health and, as Dr. Bartlett was talking about, governance. The Indian Act stipulates that the federal government recognize only chief and council as representatives of a community. I think that successful and resilient communities are those that have found their traditional governance systems and have been able to reinvigorate traditional ways of being and traditional processes within their communities. If that was allowed to occur without these colonial pieces of legislation hanging over our heads, we would make great strides toward changing our health status.

Les recherches effectuées par Chandler et Lalonde au sujet du suicide chez les adolescents ont montré que 90 p. 100 des suicides se sont produits au sein de 10 p. 100 des bandes, et que la moitié des bandes n'ont pas connu de suicide d'adolescents depuis cinq ans. On peut donc dire que la moitié des bandes de la Colombie-Britannique ont réglé le problème du suicide.

Cette façon de nous voir comme un élément pathologique — l'idée populiste selon laquelle nous sommes le problème indien du pays — doit aller rejoindre les dinosaures. Il faut étudier notre résilience et nos réussites et la façon dont nous réussissons, plutôt que d'investir dans des recherches sur nos échecs. Cela ne va se produire que si on parle aux spécialistes, si on parle aux Autochtones qui font ce travail.

Enfin, j'aimerais recommander la conclusion de protocoles d'entente tripartites visant l'échange de données de qualité accrue entre les provinces, le gouvernement fédéral — surtout la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits ou de Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada — et les Autochtones, de façon que nous puissions apprendre des choses et avoir une idée claire de ce qui se passe. Voilà qui rejoint les questions sur le manque d'information qui crée des obstacles aux mesures concrètes au chapitre des déterminants de la santé. Nous ne savons pas exactement de quoi il retourne, et nous devons le découvrir. Ce genre de partage et d'amélioration des données doit figurer au haut de notre liste de recommandations.

Le président : J'ai mentionné, dans ma brève déclaration initiale de ce matin, que nous pouvons apprendre beaucoup de choses en abordant le problème de la santé des populations à l'échelle nationale. Nous pouvons apprendre énormément de choses des Autochtones. Ce qui est frappant, c'est que c'est chez vous, dans certaines régions, que le taux de suicide est le plus bas, et dans d'autres, qu'il est le plus élevé. Si nous étions en mesure de creuser la question et de trouver cette information, nous découvririons des messages d'importance capitale.

Mme Wolski : Je veux ajouter à ce qui a été dit au sujet des politiques et en nommer quelques-unes qui ont contribué à notre situation actuelle. Il y a la Loi canadienne sur les droits de la personne. J'aimerais dire que le projet de loi C-44, qui est devant le Parlement à l'heure actuelle, est un grand pas en avant. Il y a la question des biens immobiliers matrimoniaux. Dans ce dossier aussi, on prend des mesures positives pour régler les problèmes.

Il y a aussi la Loi sur les Indiens. Je ne pense pas être la seule personne à dire que c'est une loi coloniale qui a contribué à notre situation, au chapitre de la santé, et, comme la Dre Bartlett l'a dit, au chapitre de la gouvernance. La Loi sur les Indiens précise que le gouvernement fédéral ne reconnaît que le chef et le conseiller comme étant les représentants d'une collectivité. Je pense que les collectivités qui ont réussi et qui sont résilientes sont celles qui ont retrouvé leurs systèmes de gouvernance traditionnelle et qui ont été en mesure de retrouver leurs façons d'être et leurs processus traditionnels dans leur collectivité. Si cela était permis et que ces lois coloniales n'étaient plus une menace qui plane au-dessus de notre tête, nous pourrions faire de grands pas pour l'amélioration de notre état de santé.

Ms. Fowler: You asked us to make recommendations to address some policy and program priorities for change in order to advance a population health agenda. I will not go into detail because much of this has been said already. I do not want to echo everyone's words too much, but I have a few things for the committee to consider.

There needs to be clarification with respect to roles and responsibilities between provinces and territories and the federal government as they pertain to Inuit communities, as I am here on behalf of ITK. We need to build capacity at all levels, including government. We must examine the issues of jurisdiction and control. Research on determinants of health is key, as are baseline health data, partnerships with Inuit leadership and sustainable health care funding.

I would encourage the subcommittee to look at the Inuit action plan that has been provided. It was developed jointly by Inuit and the Government of Canada and focuses on the achievement of tangible and concrete results when working toward improving standards of living for Inuit. The plan can serve as a significant step in building a more sound, effective and sustainable relationship between Inuit and the Government of Canada. To highlight, if you open up to pages 12 and 13, you can see that a number of key social determinants of health are being discussed. As well, in each section there are key areas to be addressed with concrete next steps.

Senator Cochrane: How do we empower people — the children, the mothers, the fathers, all members of families? How do we help them change their attitudes and ways of thinking with a view to a more healthy and healthful perspective?

Mr. Ermine: This is one example. We were looking at issues of mental health in a community and also the traditional medicines. One thing we stumbled upon, going back to what I said earlier about ownership of health, was that the community has to approve everything that the health centre is trying to do.

The biggest struggle we had was to enable community people to believe that health issues are really in their hands and not in the hospital or anywhere else. They are in control of their own health. However, it takes a lot to enable people to believe that. What are the constraints for community people to believe that they are responsible for their own health? We decided that as soon as we got there, then we could have a rich dialogue on how people could maintain their health.

I mentioned a few Cree words. Our Cree words tell us what health is. There is a root word that points to where we can obtain that health. Usually, it points right back to our philosophical and cultural processes in the community: What makes us special as human communities with ideas, what makes each of our

Mme Fowler : Vous nous avez demandé de formuler des recommandations visant à établir des priorités en matière de politiques et de programmes pour faire avancer le dossier de la santé des populations. Je ne vais pas entrer dans le détail, parce qu'on a déjà dit beaucoup de choses là-dessus. Je ne veux pas trop répéter ce que les autres ont dit, mais j'aimerais porter quelque chose à l'attention du comité.

Il faut clarifier les rôles et les responsabilités des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux collectivités inuites, puisque je suis ici pour représenter ITK. Nous devons renforcer les capacités à tous les niveaux, y compris au sein du gouvernement. Nous devons examiner les questions de compétence et de contrôle. La recherche sur les déterminants de la santé est un élément fondamental, comme les données de base sur la santé, les partenariats avec les dirigeants inuits et un financement viable des soins de santé.

J'encourage le sous-comité à examiner le plan d'action inuit qui lui a été fourni. Les Inuits et le gouvernement du Canada ont élaboré ce plan en collaboration, et le plan est axé sur l'atteinte de résultats concrets dans le cadre du travail visant à l'amélioration du niveau de vie des Inuits. Le plan peut être une étape importante de l'établissement d'une relation plus saine, plus efficace et plus viable entre les Inuits et le gouvernement du Canada. Je veux souligner que vous trouverez aux pages 12 et 13 une analyse d'un certain nombre d'importants déterminants sociaux de la santé. De même, chacune des sections présente les principales questions à régler, et les mesures concrètes à prendre dans l'avenir.

Le sénateur Cochrane : Comment allons-nous réagir aux gens — les enfants, les mères, les pères, tous les membres de la famille? Comment allons-nous les aider à modifier leur attitude et leur façon de penser, dans le but qu'ils adoptent un point de vue davantage axé sur la santé?

M. Ermine : Voici un exemple. Nous nous penchions sur les questions de santé mentale dans une collectivité, ainsi que sur la question des remèdes traditionnels. L'une des choses dont nous avons pris conscience, pour revenir à ce que je disais plus tôt au sujet de l'appropriation du système de santé, c'est que la collectivité doit approuver tout ce que le centre de santé essayait de faire.

Le combat le plus difficile à livrer, ça a été de convaincre les gens que les questions relatives à la santé sont entre leurs mains, et non entre celles des gens du milieu hospitalier ou de qui que ce soit d'autre. Ce sont eux qui ont l'emprise sur leur propre santé. Cependant, il faut faire beaucoup de choses pour convaincre les gens de cela. Quels sont les obstacles qui font qu'il est difficile de convaincre les gens qu'ils sont responsables de leur propre santé? Nous avons décidé que, aussitôt rendus là, nous pourrions avoir des discussions très intéressantes au sujet de la façon dont les gens peuvent s'occuper de leur santé.

J'ai prononcé quelques mots cris. Ces mots nous parlent de ce qu'est la santé. Il y a un mot souche qui nous renvoie à la source de la santé. Habituellement, c'est un mot qui renvoie directement aux processus philosophiques et culturels de la collectivité : ce qui nous rend spéciaux, comme collectivités humaines élaborant des

communities rich, what makes them unique, what gives them the diversity and what makes us different. In all of these questions, what is the value of human communities? That was the question that we basically stumbled upon. Policies, laws and regulations do not address these diversities. What are the knowledge systems within those diversities?

It takes people, the youth and children especially, to really believe in themselves as to who they are. Once we figure that out, then the real dialogue happens in the communities, which is a helpful dialogue and not one stuck in pathology.

Senator Cochrane: Did you obtain any positive results?

Mr. Ermine: Yes. It is there. Much like this discussion, once we get all the superficial things out of the way, then we can get into a substantial discussion about what health is as an optimum of humanity and the human condition, not the negative aspects of the human condition. The answer lies in those processes.

When we talk about resourcing communities in order to complete their own memory work and research, many times we wonder how we could get this community to talk about their health. How can research trigger community dialogue to happen so that, in essence, members are looking at themselves and capacity building as optimum human beings?

Ms. Wolski: Obviously, this is a complex issue. Over the past 500 years a cycle of dependence has been created where the government has imposed their way of being upon a population. As a result, our ways of being have been lost.

Key pieces are the revitalization and the traditional governance systems being allowed to return and legislation like the Indian Act being abolished.

Ms. Stirbys: The question was a difficult one to hear. It is not so much about people changing their attitudes.

This is one of the questions you asked us to consider: How can the federal government be a leader in the field of population health by developing and implementing a population health strategy for the Aboriginal Canadians who fall under its responsibility? That question goes to what has already been stated — the colonialist mindset that says you are under our control and jurisdiction.

Many of the speakers today have outlined that change comes by the empowerment of Aboriginal people. We have the knowledge and ways of remembering, but there are policies and legislation put in place hinder us; as soon as we become empowered and start making change for the betterment of our community, it somehow does not fall within the funding agreement or within those bureaucratic structures, and maybe

idées, ce qui fait que chacune de nos collectivités a une culture riche, ce qui la rend unique, ce qui fait qu'elles sont diversifiées et ce qui nous rend différents. Dans toutes ces questions, quelle est la valeur des collectivités humaines? C'est la question qui s'est imposée à nous. Les politiques, les lois et les règlements ne tiennent pas compte de cette diversité. Quels sont les systèmes de connaissance de ces diverses collectivités?

Il faut que les gens, et surtout les jeunes et les enfants, croient vraiment en eux-mêmes et en qui ils sont. Quand ce sera le cas, le vrai dialogue pourrait avoir lieu dans les collectivités, un dialogue utile, et non pas confiné à la pathologie.

Le sénateur Cochrane : Avez-vous obtenu de quelconques résultats positifs?

M. Ermine : Oui. Les résultats sont là. C'est un peu comme la discussion que nous avons aujourd'hui, c'est-à-dire qu'une fois que nous avons écarté toutes les choses superficielles, nous pouvons tenir un débat de fond sur ce qu'est la santé quand on la voit comme l'état optimal de l'être humain et de la condition humaine, et non comme l'aspect négatif de la condition humaine. La réponse se trouve dans ces processus.

Lorsqu'il s'agit d'offrir aux collectivités les ressources nécessaires pour qu'elles effectuent leur propre travail de mémoire et leur propre recherche, il arrive souvent que nous nous demandions comment faire en sorte que les membres de cette collectivité parlent de leur santé. Comment la recherche peut-elle engendrer un dialogue au sein de la collectivité, de façon que, essentiellement, les membres de la collectivité envisagent leur état optimal comme être humain et renforcent leur capacité dans ce domaine?

Mme Wolski : De toute évidence, il s'agit d'une question complexe. Au cours des 500 dernières années, il y a eu un cycle de dépendance dans lequel le gouvernement a imposé une façon d'être à une population. Résultat : nous avons perdu nos propres façons d'être.

Les éléments importants, ce sont la revitalisation, la restauration des systèmes traditionnels de gouvernance et l'abolition de lois comme la Loi sur les Indiens.

Mme Stirbys : La question a été difficile à entendre. Ce n'est pas tant la question d'un changement d'attitudes chez les gens.

Voici l'une des questions auxquelles vous nous avez demandé de réfléchir : comment le gouvernement fédéral peut-il jouer un rôle de chef de file dans le domaine de la santé de la population en élaborant et en mettant en œuvre une stratégie de la santé des populations visant les Canadiens autochtones concernés par cette stratégie? Cette question nous ramène à ce qui a déjà été dit — l'esprit colonialiste selon lequel un groupe en domine un autre.

Bon nombre des gens qui sont ici ont souligné le fait qu'il faut donner aux Autochtones des moyens d'agir pour qu'il y ait du changement. Nous avons le savoir et la mémoire, mais les politiques et les lois nous nuisent; aussitôt que nous obtenons des moyens d'action et que nous commençons à apporter des changements en vue de l'amélioration de notre collectivité, d'une façon ou d'une autre, ce que nous faisons ne s'inscrit plus

funding gets taken away or we are not allowed to do certain things. Whenever we move forward, there is another loophole that pulls away from us.

I wanted to mention a book put together by Crystal Ocean. She is a well-educated woman who was moving forward. Two months before attaining a double Ph.D., a number of circumstances occurred that brought her down to live in poverty. My understanding is she is still living in poverty. Her book is entitled *Social Exclusion, Poverty and Health*. It consists of 21 women's stories. Aboriginal women are also included. The book basically shows the perceptions of people living in poverty.

The number one thing I got from the book is that if you are in those situations and are trying to move your way out of them, the system is set up so that you never get out. It keeps pushing you back down.

There are also myths about poverty. Therefore, when I heard that initial question, I thought that we have to stop blaming the victim. People have been victimized through colonization, and they want to prove that they have much to offer and are better than poverty. Our communities work hard to show what we have to offer, yet that is not being recognized. I think that was touched on here today.

I was also wondering if it is possible for people who develop policy and legislation to understand and put themselves in the shoes of people who live in Third World conditions today, conditions they must endure while trying to cope with their lack, including lack of nutrient dense foods — food security is a big issue — lack of health services, clean water and proper housing. The list goes on.

What do we do about changing poverty conditions? It is not necessarily about changing an attitude. It is more about structural changes that can happen within government, such as removing the 2 per cent cap on core services, self-government policy reform, land claims and building up that capacity to achieve accountability and clear information and governance.

In addition, as Dr. Adams mentioned earlier, having First Nations governments at the table with the ministers to discuss cross-jurisdictional agreements is an important aspect to focus on.

Solutions will involve creating that openness and environment to bring in new ideas. I think many people in communities today feel like we are back 500 years ago when settlers first arrived. We are bringing in our information and knowledge systems, which are being ignored and seen as inferior.

dans le cadre d'une entente de financement ou des structures bureaucratiques, et on peut alors retirer les fonds ou nous empêcher de faire certaines choses. Chaque fois que nous faisons un pas en avant, quelque chose nous empêche d'aller plus loin.

Je voulais parler d'un livre écrit par Crystal Ocean. C'est une femme cultivée qui avançait dans la vie. Deux mois avant d'obtenir un double doctorat, un certain nombre d'événements se sont produits qui ont fait qu'elle s'est retrouvée à vivre dans la pauvreté. D'après ce que je sais, elle est toujours pauvre. Son livre s'intitule *Social Exclusion, Poverty and Health*. Il s'agit de 21 histoires de femmes. Il y a parmi elles des femmes autochtones. Essentiellement, l'auteure nous livre les impressions des gens qui vivent dans la pauvreté.

La principale chose que j'ai retenue du livre, c'est que, lorsqu'on se trouve dans ce genre de situation et qu'on essaie de s'en sortir, le système fait en sorte qu'on n'y arrive jamais. Il vous écrase.

Il y a aussi des mythes au sujet de la pauvreté. Ainsi, lorsque j'ai entendu cette première question, j'ai pensé que nous devons arrêter de blâmer la victime. Les gens ont été victimisés par la colonisation, et ils veulent prouver qu'ils ont beaucoup de choses à offrir et qu'ils ne méritent pas d'être pauvres. Nos collectivités travaillent dur pour montrer ce que nous avons à offrir, mais ce que nous avons à offrir n'est pas reconnu. Je pense qu'on a déjà abordé cette question aujourd'hui.

Je me demandais aussi si les gens qui élaborent les politiques et les lois peuvent comprendre les gens et se mettre à leur place, c'est-à-dire à la place de gens qui vivent dans des conditions qui ressemblent à celles du tiers monde, conditions qu'ils doivent endurer en essayant de composer avec leurs besoins non comblés, notamment le besoin de nourriture nutritive — la sécurité alimentaire est un enjeu important — le besoin de services de santé, d'accès à l'eau potable et de logements convenables. La liste est longue.

Que faire pour modifier la situation des gens qui vivent dans la pauvreté? Ce n'est pas nécessairement une question de changement d'attitude. Il s'agit davantage de changements structurels qu'il est possible d'apporter au sein du gouvernement, par exemple en supprimant la limite de 2 p. 100 pour les services essentiels, en réformant les politiques d'autonomie gouvernementale, en concluant des accords de revendications territoriales et en renforçant les capacités en matière de responsabilisation, d'information claire et de gouvernance.

En outre, comme le Dr Adams l'a dit plus tôt, l'une des choses importantes sur lesquelles il faut se concentrer, c'est le fait de faire participer les gouvernements des Premières nations aux discussions des ministres sur les ententes entre gouvernements.

La solution, ce sera de créer cette ouverture et ce milieu propice aux nouvelles idées. Je pense qu'il y a beaucoup de gens dans les collectivités qui ont aujourd'hui l'impression que nous sommes revenus 500 ans en arrière, au moment où les colonisateurs sont arrivés. Nous présentons nos systèmes d'information et de connaissance, et on les voit comme inférieurs et on en fait fi.

That is happening today. We are creating that openness. I must state my appreciation for that. It is a good beginning.

Laura Commanda, Assistant Director, Partnerships, Knowledge Translation and International Relations, Institute of Aboriginal Peoples' Health: I want to thank you for creating the openness. I am glad Ms. Stirbys brought up the issue of blaming the victim. Over the years, I have had the privilege of speaking with people around this table on similar topics related to data and health information. I continually hear that people do not want to be in the blame game; they want to be in the health development game.

I also want to acknowledge what Dr. Bartlett talked about, the need for validation in the communities of what is happening that is good, either through research or data. Communities want to know what kind of information governments have about them. It is not that governments are hiding information; it is just that there is not a consistent way to gather information that is meaningful to the community, whether at the national, regional or community level, or at a First Nations, Métis or Inuit level. The data needs to be meaningful and descriptive and it needs to be defined by the population so that they can address their information needs.

Dr. King: It has been a great process today. In the same vein, I wanted to say to Senator Cochrane that governments and government agencies cannot change attitudes; it has to come from the communities themselves.

A simple example, which I discussed with Senator Keon, is in regard to smoking inside the home in front of children. Of course, every doctor in the country would say not to do that, and pretty well every doctor's advice would be ignored. In this case, the elders in the community got together and said this is not acceptable behaviour anymore; go outside and smoke. They did not say not to smoke; they just wanted to get the smoke away from the children.

There is a community in Canada where this is working, and it has nothing to do with what any doctor or government agency did. Hopefully, other Aboriginal communities will learn about this and there will be a knowledge translation community to community. That is how things will change.

Senator Cook: Some of the witnesses will be coming to Newfoundland and Labrador for the Aboriginal health summit. We wish you well. Our premier is hosting the National Summit on Aboriginal Health in Corner Brook in July.

Ms. Dickson: Corner Brook is also hosting the National Aboriginal Women's Summit at the same time.

The Chairman: On behalf of Senator Cook, Senator Cochrane and myself, I want to express our deep gratitude to you for coming today and helping us with this task. You not only helped

C'est ce qui en train de se produire. Nous créons cette ouverture. Je dois dire que j'en suis heureux C'est un bon début.

Laura Commanda, directrice adjointe, Partenariats, Applications des connaissances et des relations internationales, Institut de la santé des Autochtones : Je tiens à vous remercier de créer cette ouverture. Je suis heureuse que Mme Stirbys ait parlé du fait de blâmer la victime. Au fil des ans, j'ai eu le privilège de discuter avec des gens ici de sujets apparentés et liés aux données et à l'information sur la santé. J'entends constamment les gens dire qu'ils ne veulent pas jouer le jeu de la distribution des blâmes; ils veulent jouer au jeu de l'amélioration de la santé.

Je veux aussi appuyer ce que la Dre Bartlett a dit au sujet du besoin de valorisation des collectivités pour ce qu'elles font de bien, par l'intermédiaire soit des recherches, soit des données. Les collectivités veulent savoir quel genre d'information les gouvernements possèdent sur elles. Ce n'est pas que les gouvernements cachent l'information; c'est seulement qu'il n'y a pas de façon cohérente de recueillir l'information qui ait du sens pour les collectivités, que ce soit à l'échelle nationale, régionale ou communautaire, ou encore à l'échelle des Premières nations, des Métis ou des Inuits. Les données doivent être significatives et descriptives, et le choix des données recueillies doit être fait par la population, de façon que ces données répondent aux besoins d'information de la population.

Dr King : La réunion d'aujourd'hui a été excellente. Dans le même ordre d'idées, je voulais dire au sénateur Cochrane que les gouvernements et les organismes gouvernementaux ne peuvent changer d'attitudes; le changement doit venir des collectivités elles-mêmes.

Un exemple simple, dont j'ai parlé avec le sénateur Keon, c'est celui du fait de fumer à la maison devant ses enfants. Bien entendu, tous les médecins du pays diraient que c'est quelque chose qu'il ne faut pas faire, conseil dont à peu près tout le monde ferait fi. Dans le cas dont je parle, les aînés de la collectivité se sont réunis, et ils ont déclaré que ce n'était plus un comportement acceptable; allez fumer dehors. Ils n'ont pas dit qu'il ne fallait pas fumer; tout ce qu'ils voulaient, c'était que les enfants ne soient pas exposés à la fumée.

Il y a une collectivité au Canada où cela fonctionne, et ça n'a rien à voir avec des mesures prises par un médecin ou un organisme gouvernemental. J'espère que d'autres collectivités autochtones vont tirer la leçon et qu'il va y avoir une transmission du savoir de collectivité à collectivité. C'est ainsi que les choses vont changer.

Le sénateur Cook : Certains des témoins ici présents vont se rendre à Terre-Neuve-et-Labrador pour participer au sommet de la santé autochtone. Nos vœux vous accompagnent. Notre premier ministre sera l'hôte du Sommet national sur la santé autochtone qui aura lieu à Corner Brook en juillet.

Mme Dickson : Le Sommet national des femmes autochtones se déroulera aussi à Corner Brook au même moment.

Le président : Au nom du sénateur Cook et du sénateur Cochrane, et en mon nom personnel, je tiens à vous exprimer notre profonde gratitude pour être venus aujourd'hui et nous

us in addressing population health from the point of view of your communities, but the information you have provided is of tremendous importance to us in the broader context for the entire country. Your messages were clear, that you have to regain control of our own destiny, that you need self-governance and empowerment, as well as partnerships and participation, and you do not need top-down pundits telling you what to do. You know how to solve the problems if you are given the instruments. We will reflect that.

Thank you all very much.

The committee adjourned.

avoir aidés à accomplir notre tâche. Non seulement vous nous avez aidé en abordant la santé des populations du point de vue de nos collectivités, mais les renseignements que vous nous avez fournis sont pour nous d'une importance capitale, dans le contexte général, pour l'ensemble du pays. Vous nous avez livré des messages clairs : vous devez reprendre votre destin en main, vous avez besoin d'être autonomes et d'avoir des moyens d'action, et vous avez besoin de conclure des partenariats et de participer aux activités, plutôt que de vous faire dire quoi faire par des pontes qui vous regardent de haut. Vous saurez comment régler les problèmes si on vous offre les outils. Nous en tiendrons compte.

Merci beaucoup.

La séance est levée.

Congress of Aboriginal Peoples:

Erin Wolski, Health Policy Programs.

Aboriginal Nurses Association of Canada:

Julie Lys, Director, NWT Region.

Toronto University:

Dr. Chandrakant P. Shah, Professor Emeritus.

Manitoba Métis Foundation:

Dr. Judith Bartlett, Director of Health and Wellness Department and Associate Professor, Department of Community Health Science, Faculty of Medicine, University of Manitoba.

Indigenous People's Health Research Centre:

Willie Ermine, Professor, Writer-Ethicist.

BC Ministry of Health:

Dr. Evan Adams, Aboriginal Health Physician Advisor, Office of the Provincial Health Officer.

Institute of Aboriginal Peoples' Health:

Laura Commanda, Assistant Director, Partnerships, Knowledge Translation and International Relations.

Congrès des Peuples Autochtones :

Erin Wolski, coordonnatrice des programmes de politique sanitaire.

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada :

Julie Lys, directrice, Région des Territoires du Nord-Ouest.

Université de Toronto :

Dr Shadrakant P. Shah, professeur émérite.

Manitoba Métis Foundation :

Dre Judith Bartlett, directrice du Centre autochtone de la santé et du bien-être et professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université du Manitoba.

Indigenous People's Health Research Centre :

Willie Ermine, professeur, auteur-éthicien.

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique :

Dr Evan Adams, médecin-conseil en santé autochtone, Bureau du médecin-hygiéniste en chef.

Institut de la santé des Autochtones :

Laura Commanda, directrice adjointe, Partenariats, applications des connaissances et des relations internationales.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Friday, June 1, 2007

University of Alberta:

Dr. Malcom King, Professor, Department of Medicine.

Assembly of First Nations:

Valerie Gideon, Director of Health and Social Development;

Cynthia Stirbys, Research and Policy Analyst.

Métis National Council:

Barbara Van Haute, Acting Director of Health.

Inuit Tapiriit Kanatami:

Anna Fowler, Project Coordinator, Department of Health.

National Association of Friendship Centres:

Alfred J. Gay, Policy Analyst.

Native Women's Association of Canada:

Claudette Dumont-Smith, Senior Health Advisor.

Pauktuutit Inuit Women of Canada:

Jennifer Dickson, Executive Director.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le vendredi 1 juin 2007

Université de l'Alberta :

Dr Malcom King, professeur, Faculté de médecine.

Assemblée des Premières Nations :

Valerie Gideon, directrice de la Santé et du Développement social.

Cynthia Stirbys, recherchiste et analyste des politiques.

Ralliement national des Métis :

Barbara Van Haute, directrice intérimaire de la Santé.

Inuit Tapiriit Kanatami :

Anna Fowler, coordonnatrice de projets, ministère de la Santé.

Association nationale des centres d'amitié :

Alfred J. Gay, analyste des politiques.

Association des femmes autochtones du Canada :

Claudette Dumont-Smith, conseillère principale en santé.

Pauktuutit Inuit Women of Canada :

Jennifer Dickson, directrice générale.

(Suite à la page précédente)



